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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/03/2025.	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA	Ana Milena Valencia.		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	/	/	

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Cuando se entregue el alimento continuar con el adecuado uso.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0088- 01/06/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/06/2022

FECHA: 18/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Ana Milena Valencia

CENTRO ZONAL: La Ceiba

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Ana Milena Valencia.

Dirección: 105 H 11-03

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	1	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	1	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La unidad de servicio cumple con acuerdo de las condiciones locativas.

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28-03-2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[■]	[ ]	[ ]

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar
	[ ]	[ ]

Regional _____HUILA _____Centro Zonal _____LA PLATA _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 5 e-34 villa del Prado	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
CRISTIAN CAMILO ARIAS	1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
7/02/2025	Erica Katherine Rodriguez	ICBF

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	DIAZ	RODRIGUEZ	DAYANA CATERIN
	Identificación: cc 1061728361		
Dirección: calle 19 A. N- 1ª-52E		Tel. Fijo No tiene	Celular 3137164889
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL	Correo electrónico: dayanita.0512@hotmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	X	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	DERLI YULIANA SANCHEZ HERNANDEZ	04-08-2023	R.C 1080268922	234440238	06/09/2024	DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ
2	MARIA ALEJANDRA MENDEZ VERA	16/05/2015	T.I 1084869423	SIN INFORMACION	24/05/2024	COMISARIA IQUIRA

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

Powered by CamScanner

3	CINDY CAMILA ZAPATA HURTATIS	04-06-2010	T.I 1083896671	235105027	03-03-2025	CRISTINA MOLINA ARTUNDUAGA (DEFENSOR DE FAMILIA)
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial.	SI X No	Si X No	SI X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: tiene psicología 1-04-2025, aun no tiene cita en abril de Pediatría, en mayo notificare y dermatología para consulta por examenes, es juiciosa a consulta toda (o> abuelito) sobo de peso, la comisura se le volvio a abrir, no asiste a estudiar por la edad y tampoco realiza actividades de proyecto de vida por la edad.
- Maria Alejandra: tiene pruebas cognitivas, la MS cita en tramite y especial por agenda, se recomienda solicitar apoyo de la Gestora de Caso.
- Cindy Camila: No tiene documentos para matricula en IE. al grado 6°, 20-07-25 tuvo salud del joven, cita en Lapo en pediatria, y 28-07-2025 tiene cita por psicologia al CAS zacon

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: Cuenta con esquemas Biologicos con familia Biologica, cuenta con todos los procesos de acuerdo a su edad.
- Maria Alejandra: A la fecha no tiene Autoridad Administrativa / Defensoria segunda Clia, recibe encuentros Biologicos por adecuamiento, pendiente psicologia clinica, de acuerdo al E.S. ha mejorado el comportamiento.
- Cindy Camila: Pendiente valoracion Psicologia, Trabajo Social, control medico con reportes, valoracion odontologia de control del joven, examenes de ETS, laboratorios Hemoglobina, hematocrito, Prueba Hepatitis prueba treponemica. Participa en bisuteria como actividad extracurricular, Maria Alejandra en Bisuteria, Derly por su edad no participa.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1	2	3	4	5

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: Cuenta con escenarios Biologicos con familia Biologica, cuenta con todos los procesos de acuerdo a su edad.
- Maria Alejandra: A la fecha ya tiene Historial Administrativo / Defensoría segunda Silla, recibe encuentros Biologicos por adolescente, pendiente Psicologia clinica, de acuerdo al E.B. ha mejorado el comportamiento.
- Cindel Camila: Pendiente Valoración Psicologia, Trabajo Social, control medico con repetes, valoración odontologia de control del joven, examenes de ETS, laboratorios Hemoglobina, hantavente, Prueba Hepatitis prueba Treponemica. Participa en Disteria como actividad extracurricular, Maria Alejandra en Bisteria, Derly por la edad no participa.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1	2	3	4	5

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

- Derly: Cuenta con la documentación actualizada, no cuenta con boletines por la edad, la carpeta esta actualizada, ordenada y legajada. • María Alejandra: La carpeta esta actualizada, ordenada correctamente y legajada. • Cindy Camila: no cuenta con Valoración nutrición del operador, no esta estudiando a la fecha por ende no trae boletines, esta a la espera de ello, ya solicito dichos documentos, los documentos que cuentan estan debidamente ordenados, legajados y actualizados.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1	2	3	4	5

Powered by CamScanner

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar		X	X			Y				
Aseo e higiene personal	X		X		X					

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

- Deily: debido a la edad no cuenta con dotación escolar, la demás en optimas condiciones de aseo y uso. • Maria Alejandra: cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y uso.
- Cindy: Aun no cuenta con dotación escolar porque no esta estudiando, la demas dotación si se la dieron.

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

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

Observaciones:

La carpeta de la MJ se encuentra actualizada, legajada y archivada, las redes de apoyo estan actualizadas y los integrantes del nucleo familiar.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

La Unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, asepsia e higiene. Los alimentos estan rotulados y la alacena con alimentos en

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

Powered by CamScanner

optimas condiciones de consumo, Al momento de la visita se encuentran las 3 usuarias en optimas condiciones de aseo y presentación personal.

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

- No se dejan las Ollas.
Se recomienda a la Nta Solicitar apoyo de la Gestora de caso para el tramite de actas de María Alejandra, Derly y Cindy.
Dar acatamiento cualquier exhortación que se presente con la usuarias ante el operador y Aut. Administrativas

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que	Nombres y apellidos de la persona que

Powered by CamScanner

realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		recibe la visita DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ
Firma de la persona que realiza la visita Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita Dayana Diaz R
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.

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

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la debida dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por la edad.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dahna Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la edad.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: María Alejandra Mendez Vera

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Deyanira Diaz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cintia Cerrito A.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leidy Camila zapata Hurtado cc1054...

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Dafne Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/02/2025	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Dayana Catherin Diaz

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

No cuenta con Bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Dayana Diaz	Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Dayana Catalina Diaz Rodriguez.

Dirección: Calle 19A # 1B 52 E. Ciudadela San Miguel.

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

la unidad de servicio cuenta con los elementos de protección y optimas condiciones de aseo y desinfección.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 8 -80
Cel. 3008183487

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo Arias	
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Cristian Camilo Arias	
cc. [illegible]	cc [illegible]
Celular: [illegible]	Celular: [illegible]
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

FECHA: 7/Octubre/25

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Dalva Celeny Ortiz Londoño

COMUNA: La Pradera Bello

NOMBRE DEL PROFESIONAL A CARGO: Cristian Camilo Mesa

Calificación (Indique con cada una con una X según corresponda)

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

CALIFICACIÓN PREGUNTAS (Indique con cada una con una X según corresponda)	SI	NO
6. El profesional escucho de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
7. El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
8. El a dado la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
9. El profesional al desplazarse por la vivienda, solicito permiso?	X	
10. El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Dalva Ortiz

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 29 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses	1007770847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26 02 2025	Lucy Katalina Meneses M.	Fundacion Social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barragan	Pertes	Diana Patricia
	Identificación: 1.083.893.001		
Dirección: Corregimiento de Guacacallo		Tel. Fijo /	Celular 3162710228
Barrio: Vereda el Tigre.		Correo electrónico: dipabarragan@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Maria Buanegra	26-02-2020	1.112.036.696	2351203886	05-08-2024	Claudio H Lopez
2	Angela Wlay Ortiz	21-10-2010	1.144.627.702		06-08-2024	Comisaria de Familia San Agustin.
3	Yenni Patricia Tirado Tito	04-04-2002	1.114.112.746	2353948325	20-08-2024	Claudio H. Lopez.
4	Bleidy 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.

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

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

No se ha identificado ninguna novedad. Todos los usuarios se encuentran vinculados al sistema educativo, a la salud, reciben atenciones por el equipo psicosocial y la documentación correspondiente anota que cumple con los requisitos vigentes. Además se encuentran en un entorno protector.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Scanned with CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

En este ítem se observa que, en general las usuarias no cuentan con convivencia biológicas a excepción de Bleidy Fiorella. Angela Mary aún no tiene asignación correspondiente, mientras que Yeni y Laura están declaradas 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			

Scanned with CamScanner

Observaciones:

En este ítem, aún no se evidencia 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, dota 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		
Carné 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.

Scanned with CamScanner

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 esta 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

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

La infraestructura de la vivienda esta acorde y esta en buenas condiciones, brindando asi 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 Barragan, 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 atencion en cada aspecto de su labor.

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

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Wey Katolina Menezes. Mdina.		Diana Patricia Barragan.
Firma de la persona que realiza la visita		**Firma de la persona que recibe la visita**
Katolina Menezes.		
CC. 1007750847	TP. 1007750847	CC. 1083893001
Celular: 3156777819.		Celular: 3162710228
Correo electrónico: trabajo.social.katolin@gmail.com.		Correo electrónico: dipabis12s@hotmail.com

Notas:

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

Scanned with CamScanner

	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 Fuentes

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. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

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

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

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

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	29 - 03 - 2025
MADRE SUSTITUTA:	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	/

Scanned with CamScanner

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

OBSERVACION GENERAL
La dotacion se encuentra en buen estado la mayoria de dotacion. 3 almohadas regulares, 3 cobrelechos regulares y 3 Sabanas regulares.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Menezes.

Scanned with CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: 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 física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: La unidad de servicio cuenta y cumple con los ítem expuestos.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Way Katalina Menezes. Hdina.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Diana Patricia Barragan.	
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Menezes.		Firma de la persona que recibe la visita:	
C.C. 1007750847	T.P 1007750847	C.C. 1083893001	
Celular: 3156777819.		Celular: 3162710228	
Correo electrónico: trabajosocial.pitalito@gmail.com.		Correo electrónico: dipabli123@hotmail.com	

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	10814397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26/03/2025	Erica Katherine L.	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	NIETO	COTACIO	FRANCY YORLAY

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

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

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

Powered by CamScanner

	Identificación: 25.464.874	
Dirección:	Tel. Fijo NO REPORTA	Celular 3222689309
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL	Correo electrónico: Francynieto56@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALENCIA	22/06/2014	1080187857	232113219	17/11/2022	SEGUNDA/YARI MILENA RUIZ
2	CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON	26/06/2007	T.I 1117971444	18033615	9/02/2024	SEPTIMA/ANYELA CABRERA
3	JHON FREDY ALEXANDER ABELLA CHAUX	2/10/2009	T.I 1.007.232.302	232111211	10-05-2024	SEPTIMA/ANYELA CABRERA
4	JEIMMY ADELAY PAJA CAMAYO	3/07/2024	R.C 1081428635	1764302878	27-09-2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA/ALONSO MARTINEZ

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

Powered by CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

- Ydran: Nutrición operador el 22-05-2025, medicina General 4-06(2025, termino tratamiento odontologia 4-03-2025, Psicologia, General 21-04-2025.
- Cristhian: tiene Nutrición operador 20-04-2025, Oncologia 10-04-2025 Neuropsicologia, Dermatologia, Psicologia pendiente cita, ya estan autorizadas, odontologia tratamiento formulado, control joven febrero 2026.
- Jhon fredy: tiene Medicina General 18-06-2025, Junio Psiquiatria, 22-04-2025 psicologia General, Ya no consume medicamentos por decisión psiquiatria.
- Jemimy: tiene control 5-05-2025 medicina General, vacunación 05-05-2025, y crecimiento y desarrollo, Genetica 23-04-2025, Pediatria 27-06-2025, Nutrición 05-05-2025.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

- Yehan: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, cuenta con la garantia de los diferentes procesos, institucionalidad.
- Cristhian: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, inscrito a fictal, cuenta con la garantia de los procesos.
- Jhon fredy: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, esta inscrito a cuidante.
- Jeimmy: Recibe E.B cada 8 dias con progenitora, debido a la edad no cedira practicas de cuidado y comunicación, cuenta con la garantia de los procesos que requiera.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

- Las carpetas de los usuarios se encuentran actualizadas, legajadas y archivadas, Jeimmy no cuenta con boletin debido a la edad no. Está inscrito al area educativa.

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

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

- Usuario cuenta con la dotación, en optimas condiciones de aseo y uso personal. Cristian cuenta con la dotación.

Powered by CamScanner

en optimas condiciones de aseo y uso personal.

- Jhon Freddy: Cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y uso personal.
- Jeimmy: No cuenta con dotación escolar debido a la edad, la demás dotación esta en optimas condiciones de aseo y condiciones de uso personal.

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

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

Observaciones:

la carpeta de la NNJ se encuentra actualizada a la fecha, archivada y legajada, las redes de apoyo actualizadas con la documentación y archivada correctamente al igual la composición familiar.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

la unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. tiene ventilacion e iluminacion natural, alimentos rotulados y alacenas con alimentos

Powered by CamScanner

en condiciones de consumo.

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

- No se dejan hallazgos.
Se recomienda a la MS continuar garantizando los procesos de los usuarios, de igual manera dar a conocer cualquier eventualidad que se presente con los usuarios ante el operador y Aut. Administrativa

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita FRANCY YORLAY NIETO COTACIO
Firma de la persona que realiza la visita Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita Francy Nieto
CC. 1010242019	TP 1010242019	CC. 25.464.874 DE INZA - CAUCA
Celular: 3112431071		Celular: 3222689309
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: francynieto56@hotmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cristian David Acosta C.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Pinto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Carmen Camilo A

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yohan sebastian jejia

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Prieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Castro Correa A

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yuris Judy Abella

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Pieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Catron Camilo A.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con su dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por la edad

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Ramos A

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
	Franci Nieto.		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

No cuenta con Bienestarina.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Francy Nieto	Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Francy Morlay Nieto.

Dirección: Ciudadela San Miguel.

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturi, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agricolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La unidad cuenta con elementos de protección, condiciones de aseo en optimas.

Powered by CamScanner

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo A	Francy nieto
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Cristian Camilo A.	Francy Nieto.
cc. 1024230 T.P 10027/2019	C.C 25464871
Celular: 3112431071	Celular: 3222689309.
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN: 1 FECHA: 01/04/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/04/2022

FECHA: 28/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Freddy Nieto

CENTRO ZONAL: Fq Pereira

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Arias

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

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

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializo de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Francy Pinto

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27-03-2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
CRISTIAN CAMILO ARIAS	1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

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

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido 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	DEFENSORÍA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
3						
4						

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

Powered by CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

• Adan: Salió de la clinica Medical Grandes - Cundinamarca el 18-07-2021, ingresó el 22-07-2021, la MS se encuentra en tratamiento de ataques por: • 1, electrocardiograma de ritmo, p de superficie Sod, 12 psicoterapias individual por psicologia 3 por semana, 12 por mes, Aplicación de prueba por Neuropsicologia (cualquier tipo), Prueba Neuropsicologia (Prueba mal). 12 terapias fonoaudiologia integral, 12 terapias rehabilitación cognitiva. (las terapias 3 por semana, 12 por mes), examenes: Creatinina en suero y orina, la MS refiere que todo esta automado, pero no esta o tiene convenio Sanitas para las terapias fonoaudiologia, usa el grado 4to.

• Juan Jose: Se encuentra validando mediante guias, Pendiente cita Psiquiatria (no contestaron en tiempo hace llamada) tiene examen del estado de desarrollo del adolescente.

Se recomienda a la MS solicitar apoyo de la Gestora de caso para las citas y procesos de Adan Javier.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

- Adan: Visitado a cotidiano martes y jueves de 9 a 11am, no cuenta en eventos biológicos debido a que esta en adoptabilidad, el comportamiento se estroza por las falencias de autoconfianza, le gusta compartir, hacer aseo en la casa, consume todos los alimentos y buen patrón de sueño.
- Juan Jose: No cuenta con vinculación familiar en el Pard, mejoró el comportamiento, consume todos los alimentos, buen patrón de sueño, aún presenta dificultad con los hábitos de aseo personal,

Powered by CamScanner

ha presentado bajo rendimiento academico en la validación del bachiller, no cuenta con calificado escolar, porque estan en proceso de aprobación por parte del ICBF, pero si realizan ejias, participa en Colliviente y Gimnasio. como actividad extracurricular.

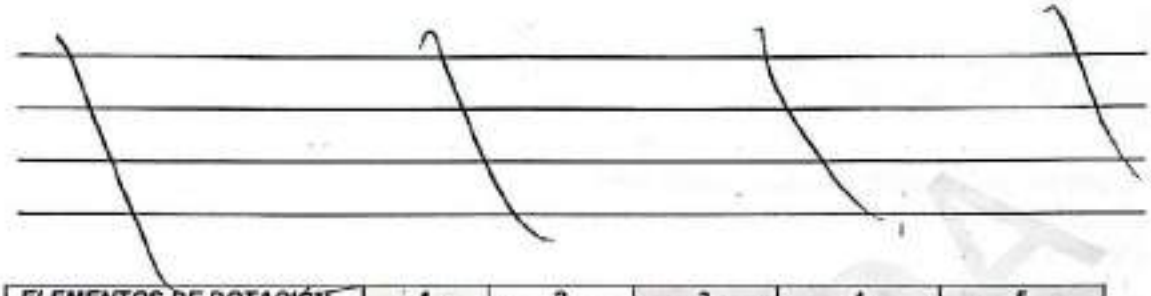
4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

- Adan: la carpeta se encuentra actualizada, legajada y debidamente archivada.
- Juan José: la carpeta se encuentra legajada, debidamente archivada, no cuenta con boletin escolar debido a que en el proceso de validación aún no suministran el documento.

Powered by CamScanner



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

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

- Adan! Cuenta con la respectiva dotación en optimas condiciones de aseo, uso y condiciones.
- Juan José! Cuenta con la dotación, no tiene dotación escolar porque aun no cuenta con el certificado escolar que debe presentar en el operador.

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

Powered by CamScanner

de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

La carpeta de la NJ se encuentra actualizada, legajada y archivada correctamente, igualmente la documentación de las redes de apoyo estan actualizados.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	S.

Powered by CamScanner

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

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

La Unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo y asepsia, ventilación e iluminación natural. los alimentos rotulados, alacena con alimentos para los usuarios.

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

- Se recomienda a la M) Solicitar apoyo de la Gestora de caso para dar cumplimiento a las citas y examenes de Adan Tavao y Jantoe Pai, de igual manera dar a conocer al operador o Aut. Administrativa cualquier eventualidad que se presente con los usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Powered by CamScanner

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita 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 Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita Sanda Dorado
CC. 1010242019	TP. 1010242019	CC. 36.380.700
Celular: 3112431071		Celular: 3112035890
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: marisandadorado@gmail.com

Notas:

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan José Pari

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Sonia Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Cuesta A.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Hansuda Dorado

Dirección: Calle 3 Sur # 7-13 B/ camilo Torres

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La Unidad de servicio cuenta con los elementos de protección pertenente, condiciones de higiene y aseo.

Powered by CamScanner

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo A.	Sanda Dorado
Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A.	Firma: Sanda Dorado
CC. 1002420 T.P 1010241019	C.C 36 3[illegible] 400.
Celular: 3112431071	Celular: 311 2035880
Correo electrónico:	Correo electrónico: [illegible]

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27-03-2025	CENTRO ZONAL	la plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA	Monsalva Dorado		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

la Unidad No cuenta con Bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Sonia Dorado.	Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	Versión1 FEPEC-0018- 01/01/2022 FECHA DE APROBACION 01/01/2022

FECHA: 27-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Miryanda Dorado

CENTRO ZONAL: La Plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Arias.

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Sandra Dorado
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/03/2025

Hogar Sustituto	**Vulneración**	■	**Discapacidad**		**Tutor**		
Hogar de paso		**Familiar**		**Casa hogar**			

Regional Huila Centro Zonal La Plata

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC	Celular
CRISTIAN CAMILO ARIAS	1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita		
26/03/2025	Erica Katherine. Rodriguez	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	CHIMBACO	MARÍN	MIREYA
	Identificación: 36.383.845		
Dirección: Calle 5 A Sur N° 17-24		Tel. Fijo No tiene	Celular 314-4829482
Barrio: Nuevo Horizonte		Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	x	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	JUAN CARLOS PAZ QUILINDO	17/02/2013	T.I 1081415451	23434646	28/02/2023	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ALVAREZ
2	LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO	8/06/2011	T.I 1081412013	23438091	21/07/2023	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
3	NELLY COMUENDO MORALES	12-09-2010	T.I 1.026.578.853	33440445	8/10/2014	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA

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

Powered by CamScanner

4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

- Juan Carlos: tuvo seguimiento por psicología general el 25-02-2025, tiene control en 1 mes, • risperidona Respiridona 1 mg antes de dormir, ha tenido comportamiento regular. por tomar el espejo de un vecino.
- Luisa: Probablemente la fluoxetina le está causando la Prolactina alta, expulsa líquido blanco por los dos senos, la MS la llevo al hospital el medico le mermo la dosis del medicamento a 2 cc al día, y respiridona 0,5 mg en la noche, tiene pendiente cita por psiquiatra 28-03-2025, odontología 20-06-2025, tuvo Psicología 10-03-2025, tiene control psicología clínica c/2 meses por consulta externa, psicología general 25-03-2025 control c/3 meses.
- Nelly: tiene pendiente en el resección de tumor benigno en el Hospital pendiente cirugía (fecha y hora) el hospital ya tiene los documentos.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

- Juan Carlos: Es organizado, consume todos los alimentos, hurto un equipo donde un recino y se lo trajo para la unidad de fauna →

Powered by CamScanner

Participa en talleres artesanal extracurricular, Asiste cita por Psicología 26-03-2025 en Bogota. • Juan! Es la vinculada a dibujo, en cultivarte, inglés, fotografía. • Nelly! Esta vinculada a guitarra en la casa de la cultura los lunes, martes y miercoles.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

- Juan Carlos! La Carpeta esta actualizada y legajada correctamente.
- Julian! La carpeta esta actualizada y legajada correctamente
- Nelly! La carpeta esta debidamente archivada, no cuenta

Powered by CamScanner

con boletin debido a que se encuentra validando en la I.E Miguel Pastrana Borrero. los grados sexto, Septimo y octavo, solo cuenta con certificado escolar, esta Proximo a culminar texto por medio de guias que suministra el Colegio.

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

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

los usuarios cuentan con la dotacion en optimas condiciones de uso, aseo e higiene.

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

Powered by CamScanner

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

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

Observaciones:

La carpeta de la MS se encuentra organizada.
-La red de apoyo Natalia Chimbaco tiene vencido el certificado Medico, la demás información se encuentra actualizada a la fecha, el señor Norbey Chimbaco fue egresado de la composición familiar por voluntad y decisión de la MS.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

Powered by CamScanner

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

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

La Unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. los alimentos rotulados debidamente, alacena con alimentos, espacios iluminados, con ventilación natural

Powered by CamScanner

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

- Se recomienda a los NNA actualizar certificado medico de la red de apoyo clotalia chamico.
Continuar garantizando los pagos de los viajes y dar a conocer cualquier eventualidad que se presente con los usuarios que le el operador y autoridades Administrativas.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita MIREYA CHIMBACO MARIN
Firma de la persona que realiza la visita Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita Mireya Chimbaco
CC. 1010242019	TP.1010242019	CC. 36.303.845
Celular: 3112431071		Celular: 3143030166
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com

La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PSVFO-6003- 01/03/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/03/2022

FECHA: 27-03-2023

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Mireya Chimbaco

CENTRO ZONAL: la plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Ariza

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

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

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializo de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al ingresarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Mireya Chimbaco.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27/03/2025	CENTRO ZONAL	la planta

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Mireya Chimbaco.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

la unidad de Servicio no cuenta con bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Mireya Chimbaco	Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Mireya Chumbaco

Dirección: Calle 3 A sur # 17-24 B/ Nuevo Horizonte

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

la unidad cuenta con todos los requisitos y elementos de protección, higiene y aseo.

Powered by CamScanner

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo Arias	Mireya Chimbaco
Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A.	Firma: Mireya Chimbaco
CC. 1060472099 T.P 1060472010	C.C 36.393.848
Celular: 3124721091	Celular: 3143030166
Correo electrónico:	Correo electrónico: mchimbaco@gmail.com

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan Carlos Paz Quilindo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yuvega Chumbaco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotacion

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Luisa Fernanda paz Quilindo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Hireya Chumbaco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Nelly Camuendo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Mireya Chimbaco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 13/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	■		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila_____ Centro Zonal la plata_____

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Calle 13 # 5E – 34 VILLA DEL PRADO	**31224564343**

Profesional que realiza el seguimiento:

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C	CELULAR
SHIRLEY GONZALEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
13/02/2025	Cristian Camilo Arias. A	Fundacion social yo te cuido

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Solórzano	Cardozo	Olga Beatriz
	Identificación: cc 36381366		
Dirección: Carrera 4 # 2ª - 99 SUR		Tel. Fijo No tiene	Celular 3115996113
Barrio: San Rafael		Correo electrónico: olgasolorzano0512@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico X ☐ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	MARIANA ACENET ACOSTA GUTIERREZ	21-04-2010	T.I 1145825663	23439371	01-05-2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA- LA PLATA
2	YORLAN DAVID SANCHEZ HERNANDEZ	14/01/2022	R.C 1081427260	234400237	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
3	NORBY VANESA SANCHEZ HERNANDEZ	4/03/2020	R.C 1080267926	23440239	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA

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

Powered by CamScanner

4	MARIA ISABELA SANCHEZ HERNANDEZ	17/07/2014	T.I 1081418084	23440240	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
5						

* Anule los renglones no utilizad

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Mariana: atenciones en salud al dia, tiene atencion para terapias ocupacionales a la espera de asignacion de cita por la EPS, atencion por psiquiatria el 9 de enero donde fue dada de alta y cuando sea reintegrada al medio familiar, Pendiente asignar cita por Psicologia para el mes de marzo, asiste a extramurales a colmena de lunes en la semana, Bien alimentada.

Yatin: atenciones en salud al dia, pyp a crecimiento y desarrollo el 11 de marzo control en 1 año es remitido para pediatria en la MS se encuentra gestionado solicitud para la asignacion de la cita, Pendiente cita con nutricion EPS ya que tenia el control en el mes de febrero asignada para el 14 de marzo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Nohoy: atenciones en salud al día, control por Psicología pregestacional para el 19 de marzo, control de CyD en agosto. Escolarizados Institución educativa Miguel Antonio en el grado transición.

Maria Isabel: Control del joven para agosto, Psicología cita por EPS para el 19 de marzo, odontología tratamiento activo, Escolarizada en la institución educativa Luis Carlos Trujillo desde su nivel grado tercero

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X			

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

Carpeta debidamente legajada, documentación al día y organizada para cada niño según las necesidades de cada uno.

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

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

Cada uno de los niños cuenta con dotación al día y en buen estado, orden evidente en la tenencia de cada

Powered by CamScanner

Una de las visitas de la entidad.

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

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

Observaciones:

Documentación al día y actualizada. con todo lo que se requiere.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

Powered by CamScanner

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

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

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

Unidad de servicio con evidente orden y aseo. alimento debidamente tapados y almacenados habitaciones aseadas y organizadas.

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

Powered by CamScanner

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

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

1 Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Nory Shirley Gonzalez O.		OLGA BEATRIZ SOLORZANO
Shirley Gonzalez		Olga Beatriz Solorzano C.
CC.1081397052	TP. 172058	CC. 36.381.366
Celular: 3147988238		Celular: 3115996113
Correo electrónico: hspsicologialaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: Masanchez09@misena.edu.co

Notas:

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Mariana cuenta con su dotacion al dia y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Mariana Gutierrez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga escobar Solorzano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Isabela tiene su dotacion al dia y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Maria Isabela Sanchez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga Beatriz Solorzano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gantiva

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Betún tiene su obtusión y lecha entera c/u.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga Beatriz Solano C

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Nabg cuenta con su dotacion y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga. Beatriz Solano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Olga Beatriz Solarzano Cardoso			

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

La unidad de servicio no tiene este alimento nutricional, la madre solicita hacer la peticion para que pronto le sea entregada.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Olga Beatriz Solarzano C.	Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Olga Beatriz Soto Zero

Dirección: Cra 4 # 29-98 Sur.

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	y	
26	Paredes limpias.	y	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	x	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	x	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	x	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	x	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	x	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturi, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	x	
41	La herramienta que se ubiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	x	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	x	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	x	

OBSERVACIONES

la unidad de servicio cumple con los requerimientos.

Powered by CamScanner

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Nay Shirley Gonzalez O.	Olga Beatriz Solarte.
Firma de la persona que realiza la verificación: Shirley Gonzalez	Firma: Olga Beatriz Solarte L.
CC. 1085917052 T.P 170058.	C.C 36.381.366.
Celular: 3147888823.	Celular: 3115796113
Correo electrónico:	Correo electrónico: olgasolarte0812@gmail.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0008- 31/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/09/2022

FECHA: 13/09/2025.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Olga Beatriz Sobrano

CENTRO ZONAL: La Piedra

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Que continuen visitandonos

Olga Beatriz Sobrano C.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	■	Discapacidad	■	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional _____HUILA _____Centro Zonal _____LA PLATA _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 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
17/03/2025	erica katherine	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	CALDERON	USECHE	WILSON
	Identificación: 12271684		
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	X	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	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	2°-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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

- Maurel: tiene pendiente odontologia 31-03-2025, vacunas 25-04-2025, control joven mayo cuando cumpla 16 años, psicologia Mayo.
- Sharit: Psicologia en junio, Higiene oral Junio, odontologia 31-03-2025.
- Luz Para: Control en Abril, Nutricion Junio, odontologia mayo, higiene oral abril.
- Zahir Alahuan: Nutricion #3 tuvo 17 marzo, control primera infancia 4 marzo, Uscaras tuvo 21 marzo, pendiente Pediatria.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

• Maura: recibe E.B con la linea materna, cuenta con todos los procesos, participa en bienestarina, es malgenciada pero se le para rayo, responsable con el estudio • Shont: recibe E.B con el padre, cuenta con todos los procesos, esta en colegio, es mentirosa, raya las paredes, la mas la cuenta. • Isisol: recibe E.B con la abuela, no aplica por la edad para actividad extracurricular, en comportamiento ha estado peleando en el hogar infantil, actua de acuerdo a la edad • Zahir: consume los alimentos, duerme bien, no ha presentado complicaciones en salud. esta bien nutricionalmente.

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			

Powered by CamScanner

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:

- Maren: Cuenta con toda la documentación actualizada a la fecha y registro de experiencia bien diligenciado.
- Shanit: Cuenta con toda la documentación actualizada, registro de experiencia bien diligenciado.
- Luisa: No cuenta con boletin escolar debido a que aun estan en Hogar infantil.
- Zahir: la documentación esta actualizada a la fecha, no cuenta con boletin 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 optimas condiciones de aseo y uso personal, Zahir no cuenta

Powered by CamScanner

con dotación exclar debido a la edad.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

la Unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, orden y asepsia, los

Powered by CamScanner

alimentos adecuadamente rotulados, la dotena con alimentos en optimas 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		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

la carpeta de la MJ se encuentra actualizada, legajada y archivada correctamente a la fecha. la documentación de las redes de apoyo y composición familiar actualizados.

Powered by CamScanner



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:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita 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 Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita MagdalenaQ
CC.1010242019	TP 1010242019	CC. 12271864
Celular: 3112431071		Celular: 3217612621
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@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 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	26/03/2025	CENTRO ZONAL	la plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
	Wilsen Calderon		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:	
No Cuenta con Bienestarina	
FIRMA MADRE SUSTITUTA Magdalena Q Red de apoyo	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL Cristian Camelo A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Wilson Calderon

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	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La Unidad de Servicio cuenta con los elementos de protección y optimas condiciones de asepsia.

Powered by CamScanner

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo Arias	Wilson Calderón
Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A.	Firma: Magdalena Q
cc. 1004[illegible] T.P [illegible]	c.c 19271864
Celular: 3112[illegible]3071	Celular:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FRVTC-0015- 01/02/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/02/2022

FECHA: 28/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: urbon Gaviria

CENTRO ZONAL: La Plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Ruiz

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

El profesional fue respetuoso, realizo bien la visita.

Magdalena R

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Mauren Gonzalez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Magdalena G

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Magdalena Q

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Magdalena R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Magdalena R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28-03-2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	—		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal La Plata

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

CRISTIAN CAMILO ARIAS	CC 1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26-03-2025	Diana Paola Polche	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

RESPONSABLE DEL HOGAR	SANCHEZ	CAUPAZ	ELVIA YOLIMA
	IDENTIFICACIÓN: CC 36380913		
Dirección: carrera 7 -7-52		Tel. Fijo No tiene	Celular 3112054419

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Barrio: Paez	Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☑ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	ANGEL JACOB OYUNE ROJAS	06-09-2019	R.C 1075324820	23439657	13-05-2024	ELIANA MERCEDES ALVAREZ/DEFENSORIA SEGUNDA
2	WILLINGER DAVID CARDAS ESCULPI	30-09-2015	R.C.V 7481954	SIN INFORMACION	05-08-2024	ELIANA SOFIA CASTRO/ COMISARIA DE FAMILIA
3	ALAN DAVID ESPAÑA CURACA	23/05/2018	T.I 1.083.931.455	235102079	17/03/2025	DEFENSOR CUARTO DE FAMILIA/CLAUDIO HERNAN LOPEZ
4						
5						

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

- Angel: 23-08-2025 y 24-09-2025 tiene terapias de lenguaje, empiezan nuevamente, son 20, en estas fechas le hacen 4, consume todos los alimentos, reconoce las figuras de Autoridad.
- Willinger: Se encuentra internado en la clinica Metal Helo IPS donde el dia 27-03-2025, le dieron de alta debido a que el psiquiatra refirio a la MS que no requiere rehabilitacion, presenta patrones de comportamiento, y en la clinica solo es para usuarios psiquiatricos.
- Alan: ingreso a la Unidad de Servicio el 17/02/2025, el niño no cuenta con portabilidad de Asmet Salud porque esta mal el R.C, la ms se encuentra en tramites correspondientes.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	SX No	SX No	SI NX	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	SX No	SX No	SI NX	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	SX No	SIX No	SIX No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SX No	SIX No	SX No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

- Angel: Recibe encuentros Biologicos con los progenitores cada mes, participará en actividad extracurricular cuando cumpla los 6 años.
- Wilinger: Recibió encuentros biologicos con la progenitora y tia linea materna, esta inscrito en futbol en casa de la cultura, pero se encuentra internado en la clinica Metal Help ips desde el 27-03-2015 en Arauca.
- Alan: No recibe encuentros Biologicos porque vive de Piedecuesta, no participa de actividad extracurricular porque aun no cuenta con documentación.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X			X				
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X		X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

- Angel: No cuenta con boletines escolares debido a que está en preescolar y aún no culmina el primer periodo escolar, cuenta con la demás dotación o documentación actualizada y archivada correctamente.
- willinger! No cuenta con boletin debido a que aun no se termina el primer periodo escolar, los demás documentos estan actualizados y debidamente archivados.
- Alan! el acta de ubicación esta mal diligenciada, no cuenta con valoración nutricional del operador, aun no cuenta con afiliación en salud porque el RC. esta mal y aun no ha podido solicitar portabilidad y él mismo no ha podido matricularlo en I.E por falta de documentación.

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

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

- Angel: Cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y de uso.
- willinger: Cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo e higiena y uso.
- Alan! la MS con la que se encontraba en Pitalito brindo la dotación de aseo, no cuenta con la dotación básica, personal y escolar.

Powered by CamScanner

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

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

Observaciones:

la carpeta de la MS se encuentra archivada correctamente, actualizada a la fecha y legajada.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

Powered by CamScanner

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

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

La unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. No hay malos olores, ventilación y luz natural en los espacios ganados. Los alimentos estan rotulados, alacena con suficientes alimentos para los usuarios.

Powered by CamScanner

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

Se recomienda a la MS solicitar apoyo de la Gestora de caso para solicitar el proceso de documentación de Alan referente a la salud, educación y documento de identidad y valoración nutricional. Por el conocer cualquier eventualidad que se presente en los mismos ante el operador y Autoridades Administrativas

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita ELVIA YOLIMA SANCHEZ
Firma de la persona que realiza la visita Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1010242019	TP. 1010242019	CC. 36380913
Celular: 3112431071		Celular: 3112054419
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com

Notas:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-03-2025	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA
Elva Yolima Sanchez

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

No cuenta con Bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Elvia Yolima Sandrez.

Dirección: Carrera 9 #7-82 Barrio

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como macheles , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La unidad cuenta con elementos de protección y optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia.

Powered by CamScanner

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo Arias	
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Cristian Camilo A.	
CC. 1010247019 T.P 1010247019	C.C 36350913
Celular: 3142471071	Celular: 3112054419
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [signature]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Aldh

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [signature]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotacion

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por hospitalización

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Luz Lis.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PREVIEW20- 01/06/2022 FECHA DE APROBACION: 01/06/2022

FECHA: 28/03/2023

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Rosa Yolima Duque

CENTRO ZONAL: La Plazuela (M).

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo M.

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/03/25.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
fundacion Yotecaido	cll 1A # 5-52 Barrio Humidad	3232040036.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny P. Quintero	1093947014	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Calderon	Escalante.	Karen Daiana
	Identificación: 1083.893442.		

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Quegamento Gaviotas	—o—	3229080277
Barrio:	**Correo electrónico:**	
Cenko Poblado	daviznacal drun370@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Leyder Santiago Rodriguez	DD/MM/AA 24/12/20[illegible]	1076916874	2366163	DD/MM/AA 5/06/2023	D. Septima. Angela Calvo
2	Nabato Andrei Muñoz Gomez.	DD/MM/AA 23/09/16.	1080365546		DD/MM/AA 23/mm/24	C 5024. Fancy. Dul.
3	Daily Yuliana Muñoz Gomez	DD/MM/AA 9/8/2013	1080514333		DD/MM/AA 23/mm/2024	C-5024 Fancy. Fancy.
4	Camila Andrea Cortez.	DD/MM/AA 6/mm/21	1183333124	2351083[illegible]4	DD/MM/AA 31/01/23	Def. Fecha Custodia.
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Scanned with CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ 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 usuarios se encuentran afiliados a SSSalud, gozan de buen estado de salud, cuentan con

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

Scanned with CamScanner

Vinculacion a educacion, y se encuentra adelantando ciertos proyectos de vida, recibe atencion psicosocial.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Dey y leyda presentan una sola convivencia dentro de la unidad de servicio, leyda no recibe encuentros biológicos ellos en adopción, los usuarios cuentan con acompañamiento psicosocial, dos faltan de entrevistas protectivas. 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 evidencia orden en documentos y secuencia de las atenciones

Scanned with CamScanner

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

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

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 señora Kam evidencia Carpeta debidamente actualizada y archivada se recomienda actualizar Pdio, Antecedentes disciplinarios, y cursos en el tiempo que corresponde

Scanned with CamScanner

Se recomienda mantener hoja de vida de red de apoyo 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
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Scanned with CamScanner

La unidad de servicio cuenta con espacios.

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

Deily: asistio a control medico general que la remite a ortopedia y pediatria, tiene control de Psicologia en un mes. gestio en marzo, la envian a Psiquiatra, cuenta con cualificacion.

Leyder: asistio a psiquiatria pediatria, tiene cita pendiente programada decida para el 9 de abril, tiene pendiente cita nutricion.

Sneider: tiene pendiente cita por psicologia. Para el 17 de abril, pendiente odontologia.

Nubarto: se debe sacar cita por medicina general para ver si lo remiten a otras especialidades.

Scanned with CamScanner

Se recomienda a la madre. Sostiene la guarderia atienda. para los usuarios.

La madre refiere que se han presentado dificultades de convivencia entre usuarios por lo que se debe seguir fortaleciendo en Procesos de comunicacion asertiva.

Se evidencia que frente a compromisos. la Madre mantiene adecuadas las carpetas y garantiza cuidado y proteccion a los usuarios.

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

Scanned with CamScanner

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 RoI.

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. 1087397019 TP. 466100	CC. 1083993442.
Celular: 3206227470	Celular: 3229090277.
Correo electrónico: alexa-1691@hotmail.com.	Correo electrónico: diana-4calderon@gmail.com.

Notas:

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

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 26-03-25

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Yo te cuido	Cll 1 # # 5-52. Barrio Unidad	3206227470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny Alexandra O.	1097347014	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/02/25	Jenny Alexandra O	Fundación Yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Urbano	Murcia	Luz nelly.
	Identificación:		

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cr 9C este 13-69 sur	Tel. Fijo — o —	Celular 3134348005
Barrio: las Palmitas	Correo electrónico: — o —	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Andres Felipe Martinez	11/8/2011	1763333644	-	27/11/2023	Defensora de familia - Cristina M.
2	Paloma Yuliana Martinez	7/12/2017	22/11/24	1213306605	22/11/2023	Defensora de familia - Cristina M.
3	Ryan Juliana Arboleda	23/10/2011	8/12/24	1233337324	8/11/2023	Defensora de familia Cristina Molina
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.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ 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 Estan Con Vinculacion a Educacion Salud.
Gozan de Buen estado de Salud.

Powered by CamScanner

Reciben atención Psicosocial, adultos buenos hábitos alimenticios.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Se evidencia buena comunicación asertiva entre los niños expresan sentimientos y emociones. Disfruta en medio objetivos.

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 cuentan con carpeta debidamente archivada y actualizada se recomienda archivar actas de salud y boletines.

Powered by CamScanner

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

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

los niños cuentan con dotaciones 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 Sustituta cuenda con Carpeta debidamente archivada y actualizada, se recomienda estar pendiente de entrega de Suplementos.

Powered by CamScanner

Se recomienda Estar Pendiente de. Vencimiento de Cursos, y antecedente de red de apoyo.

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:

Powered by CamScanner

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 unicamente refiere dificultades de comportamiento por parte de Laura. Sin embargo se han generado estrategias con la usuaria en comunicacion asertiva escucha activa, empatia logrando mejorar la dinamica familiar

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

___/___ 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 Quiroz	
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1017397014 TP 166100	CC. 26567386
Celular: 3206217470	Celular: 3138348005
Correo electrónico: alexa-16911@hotmail.com	Correo electrónico: luz.n.urbano@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 29 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Calle 1A # 5-52 B1 Trinidad.	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menezes	1007750849	3156799819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26 02 2025	Lucy Katalina Menezes.	Fundacion Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Diaz	Molina	Omaira
	Identificación: 3.629.5884		
Dirección: Corregimiento de Guacacallo		Tel. Fijo /	Celular 3144728447
Barrio: Corregimiento de Guacacallo		Correo electrónico: Omairamolina69@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	Plan Mejoramiento[2]	Seguimiento extraordinario
X		

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Elizabeth Milagros Samboni Golondrino	25-05 2020	1.083987253	Sin Inf	11-08-2023	Comisaria de Familia de San Agustin.
2	Yastin Leandro Samboni Golondrino	17-03 2018	1.077.748471	Sin Inf	11-08-2023	Comisaria de Familia San Agustin.
3	Danna Liseth Bravo Cabrera	08-09 2022	1.079.372345	Sin Inf	24-12-2024	Comisaria de Familia San Agustin
4	Cesar Stiven Urbano Perafan	23-03 2015	1.083,920.010	4644414618	04-02-2015	Defensoria 3 de Familia Gustavo Molina.

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

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Todos los niños que tiene a cargo doña Omaira reciben atenciones tanto de salud, educacion y atenciones psicosociales.
Danna Lizeth por su edad recibe educacion basica en un hogar de aprendizaje. Todo en orden.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Scanned with CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios estan estudiando teniendo buen rendimiento academico. Dana se encuentra en el jardin. Estan muy comprometidos.
Sin observaciones.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Los usuarios de Dona Omaira tienen su respectiva documentación y referente a atenciones por el equipo psicosocial de la fundación se encuentra al día.

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

la Señora Omaira tiene su documentacion a día manteniendo activos los certificados de procesos peculiar manipulacion de alimentos y demás documentacion

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

La vivienda se encuentra aseada, la infraestructura esta adecuada para el bienestar de los usuarios, espacios y demás. Todo en orden.

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

Todos los compromisos de la madre sustituta se cumplen de manera optima. Se ha verificado que las instalaciones de la unidad estan al dia, al igual que la documentacion de los usuarios y la de ella también, manteniendose todo en orden para garantizar el bienestar de cada uno de ellos.

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Lucy Katalina Meneses Molina.		Omaira Diaz Molina.
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
Katalina Meneses.		
CC. 1007750847	TP. 1007750847.	CC. 36295884
Celular: 3156772814.		Celular: 3144728467
Correo electrónico: katalinaobregonsocial.patolito@gmail.com		Correo electrónico: omairamolina69@gmail.com

Notas:

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

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

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

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/06/2022 FECHA DE APROBACION: 01/06/2022

FECHA: 29-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omaira Diaz Molina

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Natalia Meneses

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta: Felicidades

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

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

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	29-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Omaira Diaz Molina

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	B. Estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	3	B. Estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	M. Estado
Ventilador	2	Buen estado
Coche	N/A	/
Almohadas	6	3 Regulares
Cubrelechos	6	3 Regulares
Sabanas	10	B. Estado
Protector de colchón	6	3 Tela – 3 plastico
Toldillo	N/A	/

Scanned with CamScanner

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

OBSERVACION GENERAL
La dotacion de la unidad de servicio las cunadas estan en mal estado, 3 almohadas regulares y 3 colchones regulares. El resto esta en buen estado.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Omaira Diaz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Menetes.

Scanned with CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Omaira Diaz Molina

Dirección: Corregimento de Guacacallo.

No.	Condiciones habitacionales	Cumple	No cumple
1	Sin goteras.	X	
2	Sin grietas.	X	
3	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
4	Puerta seguras y con buen mantenimiento.	X	
5	Sin humedad.	X	
6	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
7	Ventilación e iluminación natural.	X	
8	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
9	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
10	Baños con puertas seguras.	X	
11	Sanitarios en perfecto estado.	X	
12	Espejos en perfecto estado.	X	
13	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
14	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
15	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
16	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
17	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: La vivienda cumple con todos los ítems para brindar un buen bienestar a cada usuario. aseada, orden, infraestructura adecuada.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Wey Katalina Meneses Molina	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Omaira Dian Molina
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Meneses.	Firma de la persona que recibe la visita:
C.C. 1007750847 T.P 1007750947.	C.C. 36295884
Celular: 3156777819.	Celular: 3144728447
Correo electrónico: trabajosocial.yatalito@gmail.com	Correo electrónico: omaiamolina69@gmail.com

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Calle 1A # 5 - 52	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menetes	1007710847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26 02 2025	Lucy Katalina Menetes.	Fundacion Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rivera	Garcia	Paula Alejandra
	Identificación: 1082379043		
Dirección: Cra 27 # 27 - 21	Tel. Fijo /	Celular 3123098374	
Barrio: los Arandanos.	Correo electrónico: palerigaa4@gmail.com.		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Luz Sarita Reina Urbano	29/03/2020	1079537791	2351041109	09/11/2014	D. Carta Claudia H. Lopez.
2	Angy Lorena Urbano	24/04/2013	1083112259	2351041045	09/12/2024	D. Carta Claudia H. Lopez
3	/	/	/	/	/	/
4	/	/	/	/	/	/

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

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios cuentan con sus espacios para su bienestar en la unidad, estudian para fortalecer sus conocimientos en la vida cotidiana.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Scanned with CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Angy y luz santa se encuentran en un entorno protector, realizan practicas de autocuidado, de autoproteccion, y luz santa recibe inventivos biologicos.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Documentacion de los usuarios el dia, atenciones por el equipo psicosocial de la fundacion al dia.

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

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

Tienen la dotacion, escolar, bolsa, personal y Aseo e higiene personal. al dia.

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

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

No se enventran observaciones
la señora paula tiene su documentacion
actualizada y en orden a las
obligaciones que esta ejecutando

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

Vivienda adecuada, en orden, aseada para brindar un bienestar tranquilo a cada usuario.

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

Daña Paula, Cumplio con los arreglos que tenia en su vivienda haciendo constar asi su compromiso por el cuidado de Sarita y Angy. brindandole un bienestar adecuado. Sus adecuaciones son muy bonitas y muestra el compromiso que sostuvo durante este tiempo. Sarita y Angy se encuentran en un entorno protector.

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Lucy Katalina Menetes.	Paula Alejandra R.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Katalina M.	Paula Rivera
CC. 1097750847 TP. 1097750847.	CC. 1082779043
Celular: 3156777889	Celular: 3123098374
Correo electrónico: trabajosocialfabiola@gmail.com	Correo electrónico: paterigao4@gmail.com

Notas:

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

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 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. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

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

Observaciones de la Madre Sustituta: Excelente Labor

Paula Rivera

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

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

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Paula Alejandra Rivera.

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	1	Bueno
Cama cuna	1	Bueno
Cuna	0	/
Corral	0	/
Colchón	1	Bueno
Colchón cama cuna	1	Bueno
Cómoda	2	Deteriodadas
Ventilador	1	Bueno
Coche	0	/
Almohadas	2	Regular
Cubrelechos	3	Bueno
Sabanas	4	Bueno
Protector de colchón	2	Bueno
Toldillo	1	Bueno

Scanned with CamScanner

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

OBSERVACION GENERAL
Sin observaciones.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina M

Scanned with CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Paula Alejandra Rivera

Dirección: Cra 2 # 27 - 21

No.	Condiciones habitacionales	Cumple	No cumple
1	Sin goteras.	X	
2	Sin grietas.	X	
3	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
4	Puerta seguras y con buen mantenimiento.	X	
5	Sin humedad.	X	
6	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
7	Ventilación e iluminación natural.	X	
8	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
9	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
10	Baños con puertas seguras.	X	
11	Sanitarios en perfecto estado.	X	
12	Espejos en perfecto estado.	X	
13	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
14	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
15	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
16	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
17	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: Cumple con todos los item.

Sin observaciones.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Lucy Katalina M.	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Paula Alejandra Rivera.
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina M.	Firma de la persona que recibe la visita: Paula Rivera
C.C. 1007730847 T.P. 1007730947	C.C 1082779043
Celular: 3156777819.	Celular: 3123098324
Correo electrónico: katagosaol.psicologo@gmail.	Correo electrónico: paleriga04@gmail.com

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Calle 1A # 5-52	3182411198

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27 01 2025	Lucy Katalina Menezes.	Fundacion Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

Scanned with CamScanner

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

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	X	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Fabian Guzman Quiza	20-04-2001	1003880832	2370779342	11-02-2023	D. Sexta Javier Cumbe
2	Pedro Jose Astudillo	06-05 2006	1077276734	2359182	02-07-2021	D. Sexta Javier Cumbe.
3	Emmanuel Santiago Males	18-08 2011	1082580358	2300570	31-10-2024	D. Tercera Cristina Melina.
4	José Camilo Ipagan	23-05 2008	1083887626	2359457589	11-12-2024	D. Sexta Javier Cumbe.

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

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Documentación al día, se encuentra estudiando menor Pedro José.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Scanned with CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Emmanuel es el único usuario que recibe encuentros biológicos. Todos realizan prácticas de autocuidado, reciben atenciones por el equipo psicosocial y están en buenas condiciones tanto de salud como en otras.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Documentacion completa. Sin observaciones.

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

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

Todos usaban con dotacion escolar, personal, básica y aseo e higiene personal. Menos el joven pedro jose.

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

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

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Durante la visita se deja constancia que Mara Yuleis es una madre dedicada, y muy Comprometida con los usuarios a cargo. la Documentacion de ella se encuentra actualizada.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

Todo se encuentra en orden y acorde
No se evidencia Observacion por
realizar.

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

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

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

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Lucy Katalina Menezes.	Yudis Paola Hoyos.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Katalina Menezes.	Yudis Paola Hoyos.
CC. 1007750847 TP. 1007750847	CC. 36288105
Celular: 3156777819.	Celular: 3202433565
Correo electrónico: trabajosocialpaola@gmail.com	Correo electrónico: huyuelos@gmail.com

Notas:

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

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yudy Paola Hoyos.

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katalina Henetes.

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta: Felicitaciones.

Yudy Paola Hoyos.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

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

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

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

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	B. Estado
Cama cuna	NIA	/
Cuna	NIA	/
Corral	NIA	/
Colchón	3	B. Estado
Colchón cama cuna	NIA	/
Cómoda	3	B. Estado
Ventilador	1	B. Estado
Coche	NIA	/
Almohadas	6	B. Estado
Cubrelechos	6	B. Estado
Sabanas	6	B. Estado
Protector de colchón	3	B. Estado
Toldillo	NIA	/

Scanned with CamScanner

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

OBSERVACION GENERAL
Sin observaciones.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yudis Paola Hoyos.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Menezes.

Scanned with CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yudis Paola Hoyos

Dirección: Transversal 4A #12 Sur-57 / Juan Pablo II

No.	Condiciones habitacionales	Cumple	No cumple
1	Sin goteras.	X	
2	Sin grietas.	X	
3	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
4	Puerta seguras y con buen mantenimiento.	X	
5	Sin humedad.	X	
6	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
7	Ventilación e iluminación natural.	X	
8	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
9	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
10	Baños con puertas seguras.	X	
11	Sanitarios en perfecto estado.	X	
12	Espejos en perfecto estado.	X	
13	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
14	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
15	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
16	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
17	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: Comple.
Sin observaciones.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Lucy Katalina Menezes	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Yudis Paola Hoyos.
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Menezes.	Firma de la persona que recibe la visita: Yudis Paola Hoyos.
C.C. 1007750847 T.P. 1007750847	C.C. 36288105
Celular: 3106777819.	Celular: 3202433565
Correo electrónico: trabajosocial.pichilla@gmail.com.	Correo electrónico: huequitos@gmail.com.

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	X		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social "Yo le cuido"	Calle 1A #5-52 B/ Trinidad	3182411 98

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menetes.	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 Menetes.	Fundacion Social "Yo le cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Narvaez	Ijají	Maryen Lucía.
	Identificación: 25292920		
Dirección: Carrera 12A #9A – 28		Tel. Fijo /	Celular 3177114161
Barrio:	Correo electrónico: Maryen1312@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Yader Esteban Gonzales	30/08/2008	1.084.254.396	23599182	29-02-2024	Defensoría Tercera Cristina Ndrea
2	Hector Stiven Samboni	02/10/2014	1083986262	Sin Inf.	11/08/2023	Comisaría Familia S. Agustín.
3	Ustin Santiago Murillo	04/10/2016	1.114636348	23663163	02/09/2024	Defensoría Sexta Javier Cumbe.
4	Union Andres Ospino	26/08/2021	1083939332	23703295	06/12/2024	Defensoría Sexta Javier Cumbe.

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

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Todos los menores se encuentran estudiando, Unos esta esperando cupo para entrar al jardín. El estado nutricional esta bien para todos y estan cumpliendo con los habitos

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Scanned with CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Yader esta declarado en adoptabilidad, Ivan, Dylan y Hector tienen encuentros bulegicos
Disfrutan de entornos protectores todos los menores.
Realizan practicas de autocuido y se encuentran 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			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil		X		X		X	X			
Documento de Identidad	X		X		X			X		
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X		X		X		
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Tienen su respectiva documentacion al día. No se evidencia ninguna novedad en este item.

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 dotacion tanto básica, personal, escolar y de aseo general 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.

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con toda la documentación requerida, conforme a lo estipulado con papelería actualizada. lo que evidencia su compromiso y deligencia 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
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

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

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

Doña Mayen se destaca 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.

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

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Lucy Katalina Menezes	Maryen Lucia Navaez.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Katalina Menetes.	Maryen Lucia Navaez.
CC. 1007750847 TP. 1007750847	CC. 25292920
Celular: 3156777849	Celular: 3177141161
Correo electrónico: trabajosocial.pitalito@gmail.com	Correo electrónico: maryen2312@gmail.com

Notas:

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

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31 - 03 - 2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Katalina Menezes.

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta: Excelente labor. - Felicitaciones.

Maryen Lucia Narvaez.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

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

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	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	1 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
Sabanas	5	B. Estado
Protector de colchón	5	B. Estado
Toldillo	N/A	/

Scanned with CamScanner

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

OBSERVACIÓN 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.

Scanned with CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Maryen Lucía Narvaez.

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

No.	Condiciones habitacionales	Cumple	No cumple
1	Sin goteras.	X	
2	Sin grietas.	X	
3	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
4	Puerta seguras y con buen mantenimiento.	X	
5	Sin humedad.	X	
6	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
7	Ventilación e iluminación natural.	X	
8	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
9	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
10	Baños con puertas seguras.	X	
11	Sanitarios en perfecto estado.	X	
12	Espejos en perfecto estado.	X	
13	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
14	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
15	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
16	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
17	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: 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: trabajosocial.pitalito@gmail.com		Correo electrónico: maryen2212@gmail.com	

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/03/25

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social Yo te cuido	cll 1A # 5.-52 Barrio Unidad	3206777470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny A. Cantero	1083917014	3206777470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26/02/24	Jenny Alexandra Cantero	Fundacion Social Yotecuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rozo	Alvarez	Yuli Andrea
	Identificación: 1083.887.399.		

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

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 04:00 PM	**Fecha:28 DE MARZO DE 2025**
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede GARZON
Dependencia que Convoca:	Modalidad Hogar sustituto
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos
Objetivo:	Formular en articulación garantías colectivas dirigidas a las familias, que tiendan a deconstruir los patrones culturales que afianzaron la reproducción de hechos que llevaron al motivo de ingreso a los niños, niñas ya adolecentes.

Agenda:

1. Saludo a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
2. Contextualización sobre Garantías de No Repetición
3. Cierre de la actividad

Desarrollo:

Momento 1 Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.

Se inicia brindando un saludo especial por parte del talento humano del municipio de Garzón a cargo de Carlos Andrés Cuenca Rojas (GC) quien es el encargado de dirigir la actividad.

Momento 2: Contextualización sobre Garantías de No Repetición

En la jordana de fortalecimiento familiar se trabajó en el espacio de la fundación social "YO TE CUDO" con sede Garzón huila, en el que Se realizó una introducción sobre la importancia de la garantía de no repetición en el marco de la protección infantil, esto con el fin de que se pueda desarrollar entornos favorables para los usuarios ubicados en la modalidad que se encuentra en restablecimiento de derecho.

En el espacio se les indica sobre la importancia de que estas son medidas diseñadas para evitar que se repitan violaciones a los menores de edad, para esto se sensibiliza frente a las causas y

Scanned with CamScanner

consecuencias las cuales es importante general las acciones que causaron que el primogénito de los participantes del espacio estuvieron en la modalidad, como también a general espacio de reflexión sobre el rol como cuidadores y que puedo hacer para no volver a recaer en los hecho de repetición.

Seguidamente se le sensibilizar sobre la importancia de general espacios armoniosos los cuales son general espacio de fortalecimiento y vínculos con los distintos usuarios fomentando un entorno que propague una disciplina positiva.

Una de las recomendaciones dadas fueron las siguientes:

- Fortalecer la comunicación: esto buscando la validaciones de las emociones de los niños, niñas y adolescentes.
- Garantizar bienestar: empezar a desarrollar afecto, alimentación adecuada, educación y demás necesidades del usuario.
- Empezar a buscar ayuda profesional: si se entiende que tiene dificultades de desarrollar entornos positivos empezar a desarrollar estrategias con profesionales.
- Establecimiento de normas y límites claros: esto permitirá un entorno con límites y normas de convivencia.

Como cierre se les indica que una de las garantías que son; la implementación de mecanismos de supervisión y apoyo a las familias para prevenir situaciones de riesgo hacia los usuarios, fortalecimiento a las rutas de denuncias y protección, también se aborda sobre las normas y medidas de protección de los menores. Esto con el fin de asegurar que las familias biológicas de los niños que están bajo esta modalidad reciban el apoyo necesario para prevenir la repetición de los factores que llevaron a cabo la vulneración de los derechos de los menores.

De esta misma forma los padres adquirieron compromisos en el fortalecimiento de sus habilidades parentales, las cuales deben de asistir de manera puntual y los fortalecimientos familiares como

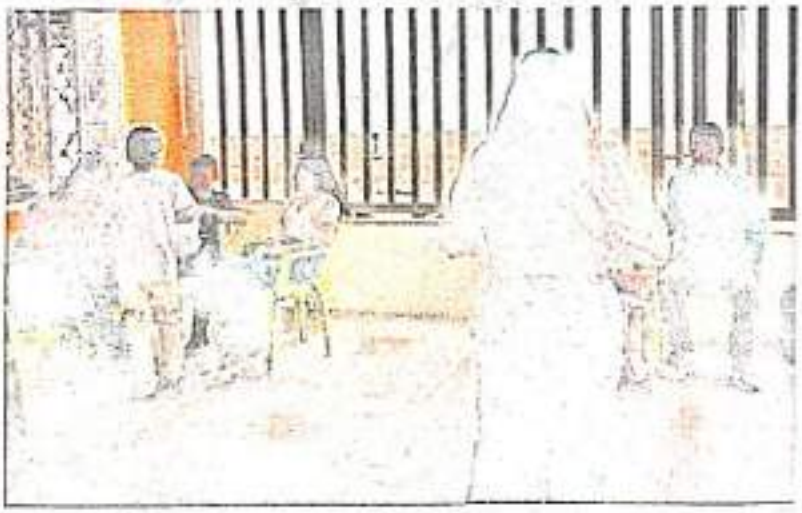
Scanned with CamScanner

también estar pendiente del proceso de restablecimiento de derechos, empezar a fortalecer y fomentar estrategias de crianza positiva y por ultimo gestionar entornos positivos para los usuarios.

Momento 3: Cierre de la actividad

La jornada termino resaltó la importancia del compromiso de los padres biológicos para garantizar la protección y bienestar de sus hijos. Se recordó que el ICBF y otras entidades seguirán acompañando y brindando apoyo en este proceso. Finalmente, se invitó a los asistentes a continuar participando en futuras sesiones de capacitación. Agradeciendo a los padres de familia por su participación y colaboración para el desarrollo de la actividad.

Evidencia fotográfica.



Scanned with CamScanner





Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Seguir realizando promoción de la modalidad.	*Equipo de la fundación social "Yo Te Cuido"*	*28 /03/2025*

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Karen Yesenia Alvarez	Trabajadora Social	Yo te cuido	Karen Yesenia Al
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por definir	Por definir	Por definir
Colaborador que elabora el acta:	Karen Yesenia Álvarez Caicedo		

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FR-PI-MI	12/09/2024
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD:

FECHA

HORA INICIAL:

HORA FINAL:

LUGAR

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
							PLANTA	CONTRATO			AM
1	Norma chavez	1077851920	mamá	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	Norma chavez
2	Yhorleny Gomez	1192890[illegible]	mama	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3208418021	-	Yhorleny Gomez.
3	Johan Aguilar	1082515[illegible]	madre	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3132710651	-	Johan Aguilar
4	Hubert chantre	4-690908	Aital	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3205207760	-	Hubert
5	mamipla mona			FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3205207760	-	mamiPla
6	Marco Yaquino	83227[illegible]	papa	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3143151057	-	Marcos Yaquino
7	Hermano Parra		Papi	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	320246[illegible]	-	Hermano
8	Maria Daisy Cuya Trocha		Mamá	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3132491011	-	Maria CT
9	Ana Montalla		Mama.	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3224022025	-	Ana Montalla.
10	Pastor Goez		Papá	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3224022025	-	Pastor Goez.
11				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
12				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
13				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
14				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
15				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
16				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
17				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	

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

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 30/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	X	X	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	cll 7N 2E-03 B/ Santa clara	— o —

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD/MM/AAAA 28/02/2025	Karen Yesenia Alvarez	Fundación social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Guevara	Garces	Stefanny
	Identificación: 1077862610		
Dirección: A Cra 12		Tel. Fijo — o —	Celular 3228122465
Barrio: Villa Carol		Correo electrónico: stefannyguevara@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	☒	Plan Mejoramiento[2]	☐	Seguimiento extraordinario	☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Alexis Cardona calderon	DD/MM/AA 23/02/09	1117234432	2367 7141	DD/MM/AA 16/01/25	Defensoria 2 de familia Bolivar
2		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

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

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

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

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

A la Fecha Alexis Cordova Calderon cuenta son sus derechos garantizados, así mismo cuenta con un optimo estado de salud.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Alexis no cuenta con encuentros biológicos en razón a que se encuentra declarado en adoptabilidad

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Alexis no cuenta con el boletín de notas del año en curso en razón a que aun no se finaliza el primer periodo academico

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

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

A la fecha el adolescente cuenta con la debida dotación completa, asi mismo en buenas condiciones para su uso

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

la señora Stefany se encuentra terminando el curso de primeros auxilios en cuanto a la demás documentación se encuentra al día.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

Powered by CamScanner

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

En cuanto a las condiciones de aseo e higiene al momento de la visita se encuentran en perfecto estado

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

• Se le recomienda a la madre Sustituta la instalación de la reja de las escaleras.

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

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- X Condiciones satisfactorias
- ___ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ___ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ___ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de RoI.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Karen Yesenia Alvarez	Stefanny Guevara.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Karen Yesenia Alvarez	Stefanny Guevara.
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 1237867679
Celular: 3138249598	Celular: 3228122465
Correo electrónico: trabajosocial.gcr2one@gmail.com	Correo electrónico:

Notas:

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	X		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Ibila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	cll 7N 2E - 03 B/ Santa clara	—o—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Karen Yesenia A.	1004442110	3138249698

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27/02/2025	Laura Fernández Solo	Fundación social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fragua	Poveda	Marleny
	Identificación: 29491004		
Dirección: cll 7N 2E-11		Tel. Fijo — o —	Celular 3118522212
Barrio: Santa clara		Correo electrónico: fragua poveda marleny@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Paola Lizeth Gonzalez Mendoza	DD/MM/AA 21/09/11	1083903691	sin informacion	DD/MM/AA 29/01/25	Comisaria de familia Barzón
2	Daniela Paira Orozco	DD/MM/AA 28/08/15	1077874951	2351095 1	DD/MM/AA 01/02/25	Defensoria el Pitalito
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

A la Fecha Paulo y Daniela se encuentran con sus derechos garantizados, así mismo cuenta con buen estado nutricional a la fecha.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Paula y Daniela a la fecha reciben encuentros biologicos consu red de apoyo familiar, donde hasta ahora han sido positivos

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

la documentación de Paula y Daniela a la fecha se encuentra al día y con las respectivas valoraciones medicas

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

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

Paula y Daniela a la fecha cuentan con la respectiva dotacion, asi mismo se encuentra en buenas condiciones.

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

A la fecha la madre sustituta cuenta con la documentación al día, también cuenta con los antecedentes actualizados

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

Al momento de la visita se observa en buenas condiciones de orden y aseo la unidad de servicio

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

A la Fecha no se establecen compromisos, ni hallazgos.

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

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Karen Lorenia Alvarez	Madeny Burgos
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
Karen Lorenia Alvarez	Madeny Burgos
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 26491004
Celular: 3135249898	Celular: 26491004
Correo electrónico: trabajosocial.garzon@gmail.com	Correo electrónico:

Notas:

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

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

Powered by CamScanner

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>

Solicitud de gestión por EPS para radiografía de miembros inferiores de la usuaria Anyela Sulay Ortiz

3 mensajes

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com> 19 de marzo de 2025, 15:23

Para: comisaria_flia@sanagustin-huila.gov.co, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, financierayotecuido@gmail.com, contabilidadyotecuidohuila@gmail.com, Diana Patricia Barragan Puentes <dipabis123@hotmail.com>

19-03-2025

Pitalito -huila

Doctora
Diana paola Muñoz
Comisaria municipio de san agustin

Cordial saludo

De manera atenta y respetuosa me permito remitir solicitud hecha por la madre sustituta donde refiere lo siguiente :"Por medio de la presente, solicito su colaboración en la gestión con la EPS ASMET SALUD para la cotización y cobertura del valor de una radiografía de miembros inferiores requerida para la paciente Anyela Sulay Ortiz.

Esta radiografía fue ordenada por el ortopedista del Instituto Roosevelt de Bogotá. Sin embargo, Rayos X de Pitalito, Huila, no cuenta con el equipo necesario para realizarla, por lo que debe ser gestionada a través de otra entidad. El costo de dicho procedimiento es de $90,000 pesos"

De manera atenta solicitamos de su apoyo para movilizar recursos por la EPS para que sea ésta quien asuma la autorización y toma del examen, en caso de lo contrario solicitamos de su autorización para el pago de la prueba toma de rx
que requiere la usuaria, esto con el fin de garantizar todas las atenciones por salud que requiere la usuaria con el fin de conservar su estado actual, no siendo mas quedo atento a su amable y pronta respuesta.

No siendo mas quedo atento a su amable y pronta respuesta.

Anexo soporte

Atentamente

Nicolas Castaño
Gestor de caso
Contacto: 3118241198
Fundacion social yo te cuido



pro-GoNObUYk (1).jpeg
609K

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com> 31 de marzo de 2025, 19:19

Para: Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, comisaria_flia@sanagustin-huila.gov.co, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>

Cordial saludo

Dra
Diana paola muñoz

De manera atenta me permito remitir nuevamente solicitud para el apoyo en gestion toma de rayos x en miembros inferiores
relacion nuevamente correo de solicitud para su respectiva diligencia o en el caso contrario que nos autorice rubro de emergia
para la toma del examen de la niña quedo atento a su amable y pronta respuesta.
[El texto citado está oculto]



pro-GoNObUYk (1).jpeg
609K

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com> 7 de abril de 2025, 12:08

Para: Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, comisaria_flia@sanagustin-huila.gov.co, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <contabilidadyotecuidohuila@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>

07-04-2025

Pitalito - Huila

Doctora
Leidy Alejandra sanchez
Cordinadora centro zonal
ICBF Pitalito

Cordial saludo

De manera atenta y respetuosa remito correo de solicitud para la debida gestion por EPS o en su defecto la autorización de gasto por emergencia

para la toma de radiografía de miembros inferiores para la usuaria ANYELA SULAY ORTIZ este examen fue ordenado por el pediatra el cual debe presentarlo
para el proximo control que esta programado para el 22 de abril de 2025 a la fecha no he recibido respuesta oportuna por parte de la comisaría
para tener conocimiento si se puede gestionar por la EPS o si es necesario que valide autorización de gasto de emergencia esté solicitud se viene realizando desde el 18 de marzo
pero a la fecha no hemos recibido respuesta por parte de la autoridad administrativa, de tal manera me dirijo a usted como máxima autoridad para solicitar de su apoyo para la autorización de la toma de este examen, agradezco la atencion prestada no siendo mas quedo atento a su amable y pronta respuesta

Posdata: relaciono último correo enviado, y soporte orden medica

Atentamente

Nicolas Castaño
Gestor de caso
Fundacion social yo te cuido
Contacto: 3118241198
[El texto citado está oculto]



pro-GoNObUYk (1).jpeg
609K

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/09/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	
Hogar de paso		Familiar		Casa hogar		

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion social Sol te cuido	Cll 7 N. 2E -03 B/ Santa Clara	— o —

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jennifer Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27/02/2025	Karen Yesenia Alvarez	Fundacion Social Sol te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Cabrera	Vargas	Alzuia Viviana
	Identificación: 55062718		

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cll 8 BN - 760	Tel. Fijo — o —	Celular 3133803136
Barrio: Sabambú	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento[2] ☐	Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Kerly Vivana Atey Peidomo	DD/MM/AA 02/12/06	CC 1117504923	2334 4762	DD/MM/AA 21/11/19	Defensoría de familia Barcón (H)
2	Leidy Johana Atey Peidomo	DD/MM/AA 31/03/05	CC 1115493303	2334 4761	DD/MM/AA 21/11/19	Defensoría de familia Barcón (H)
3	Diana Marcela Olave Bustos	DD/MM/AA 12/05/09	TI 1062727511	2344 0803	DD/MM/AA 13/12/24	Comisaría de familia Belalcazar(C
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

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

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Kelly y Leidy no cuentan con red vinculos ni fortalecer parcelas encuentros biologicos ya que se encuentran en adoptabilidad. Diana Marcela a la fecha no cuenta con autorizacion para los encuentros biologicos por la autoridad administrativa.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

la documentacion se encuentra al dia y organizada.

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

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

Leidy no cuenta con dotacion escolar ya que no se encuentra escolarizada, esta realizando una preparacion de refuerzo en el SENA en excel de 40 horas.

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

la madre sustituta recibe la visita de forma amena. Al momento de la visita se encuentran las abuelas, las cuales no refirieron ninguna información o acontecimiento relevante dentro de los dinamismos familiares de los diferentes contextos donde se desarrollan.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

Se evidencia en buenas condiciones de higiene y aseo la unidad de servicio.

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

No se evidencian compromisos a establecer.

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

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita: Laura Fernanda Soto	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Alix Valentina Cubillos Vera
Firma de la persona que realiza la visita: Laura Fernanda Soto	Firma de la persona que recibe la visita: Alix V Cubillos V
CC. 1077873245 TP. 219284	CC. 55062718 · Qui
Celular: 3222386509.	Celular: 3133803136.
Correo electrónico:	Correo electrónico: alixcabrera1@hotmail.

Notas:

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

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 20/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

REGIONAL HUILA CENTRO ZONAL LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
SHIRLEY GONZALEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
10/02/2025	Erika Rodriguez	ICBF.

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

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	GOMEZ	ARDILA	LEIDY CONSTANZA
	Identificación:		
Dirección: CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION COMFAMILIAR		Tel. Fijo: NO TIENE	Celular: 3138961014
Barrio: CIUDADELA COMFAMILIAR		Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	DAIRON LEONARDO ROSAS CALVO	22/08/2008	T.I 1076741193	23589609	2/09/2008	CLAUDIO HERNAN LOPEZ/ DEFENSORIA CUARTA DE FAMILIA
2	TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS	12/09/2024	T.I 1061225531	1763806813	13/02/2024	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ÁLVAREZ

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	GOMEZ	ARDILA	LEIDY CONSTANZA
	Identificación:		
Dirección: CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION COMFAMILIAR		Tel. Fijo: NO TIENE	Celular: 3138961014
Barrio: CIUDADELA COMFAMILIAR		Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	DAIRON LEONARDO ROSAS CALVO	22/08/2008	T.I 1076741193	23589809	2/09/2008	CLAUDIO HERNAN LOPEZ/ DEFENSORIA CUARTA DE FAMILIA
2	TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS	12/09/2024	T.I. 1061225531	1763806813	13/02/2024	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ÁLVAREZ

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

Powered by CamScanner

3	KRISHDAEL MARTINEZ BARONA	5/09/2012	T I 1096037678	23438454	21/12/2023	COMISARIA LA PLATA
4	LIAM SEBASTIAN ESPAÑA CURACA	[illegible]	T I 1080944641	1764450560	17/03/2025	CLAUDIO LOPEZ / DEFENSORIA CUARTA
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Cuenta con el respectivo documento de identidad	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Diana: Cuenta con citas especiales en salud al día, Psicología para abril, Protocolo gestante se esta tramitando las citas no hay agendas, Psicología citas para marzo terapias de rehabilitación terminadas (Fono Ocupacional) evitadas por pandemia y no ha realizado, la MS le ha fallado de muchas formas y en no cumplir las ordenes, respecto al manejo del celular no ha cumplido con los acuerdos y se ha generado diferentes en el hogar por este motivo, le cuesta seguir reglas.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Tania: Usuaria que se reintegra a Unidad de servicio el 10 de Mayo después de estar en medida hospitalaria en la clínica eros donde entregan historia clínica en especialidades de la diferentes atención tiene seguimiento en 6 meses, con tanya se trata la dificultad que al estar hospitalizada en misma fue trabajando la EPS para este manejo se recomienda comunicar a la defensora para que no cobijen con estigmas.

Kathlyn: tiene atenciones en salud al día, Psicología Clínica forense al medio social, tratamiento de odontología terminado

Ucm: Usuaria que ingresa el 17 de marzo, tratado estable ginkan, con atenciones en salud para mirar, la M3 ya está terminando hospitalización de EPS.

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

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Carpeta de cada uno de los usuarios al día, con atenciones que cada uno registra al día.
Con buen estilo viviendo en el proceso de atención.

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

Powered by CamScanner

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

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

los ultimos cuentan con dotacion al dia y en buen estado
Tonica tiene pendiente entrega de dotacion pedagogica
Se hace la sugerencia a la gestora para que este apoyde si
este gestion

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Carpeta de la madre sustituta al día, con documentación al día y cuaderno de

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Unidad de servicio en condiciones de aseo y orden adecuados, alimentos suficientes para la alimentación de los usuarios, dormitorios limpios y aseados.

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

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Powered by CamScanner

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

_X_ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Notas:

Powered by CamScanner

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez	Firma de la persona que recibe la visita Leidy Constanza Gomez
CC. 1081397052 TP 702058	CC. 1117519740
Celular: 3147988239	Celular: 3138961014
Correo electrónico: hspsicologiaplata@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.**

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Dairon cuenta con buena educación en el hogar y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yuly Gaviria

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Dairon Leonardo Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Kristhael cuenta dotacion al dia y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Kristhael Martinez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Luis Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Anibal Gonzalez

Cel. 3206193497

Powered by CamScanner

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	1	
Peinilla o cepillo	1	
Tapabocas dos unidades por cada niño	1	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
	USO COMUN	
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	1	
Champú	1	
Crema dental	1	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	1.	

OBSERVACION GENERAL
Toma cuenta con su dotacion al dia y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Lady Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Buen cuenta en su dotacion al dia y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Leidy Cano

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gutierrez.

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	20/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Leidy Constanza Gomez.			

	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	/	/	

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
La unidad de servicio no cuenta con bienestarina debido a que no hacen entregadas.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Leidy Gomez.	Shirley Contalet

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad	X	
26	Paredes limpias	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

Unidad de servicio en condiciones locativas adecuadas para la prestación del servicio

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Leidy Constanza Gomez A.

Dirección: Cl6 #3-79

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

Powered by CamScanner

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Shirley Gonzalez	Leidy Carolina Gomez.
Firma de la persona que realiza la verificación Shirley Gonzalez.	Firma Leidy Carolina Gomez
CC. 1088[illegible]52 T.P 172058	C.C 1117519340
Celular: 3147388639.	Celular: 3138961014.
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FBYTS-0008- 01/09/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/09/2022

FECHA: 20/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Lady Gomez

CENTRO ZONAL: La Perla.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gomez.

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

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

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializo de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	✓	
7. ¿Es claro la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	✓	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Lady Gomez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo:	ALEXIS CARDONA CALDERON
Fecha:	13 de marzo de 2025 0:00
Modalidad:	MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO
Responsable:	GERALDINE CALDERON
Centro Zonal:	GARZON
Motivo:	DOTACION KIT ESCOLAR

CATEGORÍA **ESCOLAR**

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	KIT ESCOLAR	CUADERNO DIBUJO	1
2	KIT ESCOLAR	PAQUETE CARTULINA	2
3	KIT ESCOLAR	LIENZO	1
4	KIT ESCOLAR	CINTA	1
5	KI ESCOLAR	VINILO	5
6	KIT ESCOLAR	CUADERNO COSIDO	4
7	KIT ESCOLAR	LAPICEROS	8
8	KIT ESCOLAR	CAJA LAPICES	1
9	KIT ESCOLAR	BORRADOR	1
10	KIT ESCOLAR	SACAPUNTAS	2
11	KIT ESCOLAR	CORRECTOR	1
12	KIT ESCOLAR	LAPICERO ROJO	1

CANTIDAD TOTAL **0**

Firma de quien recibe: Stefanny Guevara

STEFANNY GUEVARA GARCES

Powered by CamScanner

Firma de

quien entrega: Geraldine Calderón
GERALDINE CALDERON

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31/09/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	X	X	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/02/2025	Karen Yesenia Alvarez	Fundación social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fragua	Poveda	Ana Milena
	Identificación: 55057466		
Dirección: Cll 3N 1C-21		Tel. Fijo	Celular 3213569805
Barrio: El Bosque	Correo electrónico: anamilena fragua@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Vector Manuel cardona calderon	DD/MM/AA 04/03/10	T.I 1117234933	2333 0129	DD/MM/AA 11/05/18	Defensoría de familia 2 de Garzón
2	Frank Stiven Narvaez Rodriguez	DD/MM/AA 27/11/09	T.I 1118370626	2335 1063	DD/MM/AA 25/07/24	comisaría de familia del Pital
3	Yeimi Valenzuela Aguilar	DD/MM/AA 23/02/10	T.I 1097862717	sin información	DD/MM/AA 22/11/24	comisaría de familia Tarqui
4	Yeferson Valenzuela Aguilar	DD/MM/AA 31/01/12	T.I 1081516094	Sin Información	DD/MM/AA 22/11/24	comisaría de familia Tarqui

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

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

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

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

A la fecha Victor Manuel se encuentra Internado en la clínica Sanamos en el municipio de Rivera Huila, debido a adopción de ruta por Salud mental desde el día 16/01/2025.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Victor no cuenta con encuentros biograficos que se encuentra en adoptabilidad, por su parte Franck a la fecha no se han autorizado red familiar o vincular o extensa para el proceso y los hermanos Valentina se han adaptado de forma positiva a la unidad.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:
la documentacion y las gestiones se encuentran al dia.

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

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
Debido a que Victor se encuentra en la guarderia, aun no se ha entregado dotacion escolar.

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se evidencia disposición y receptividad por parte de la madre sustituta para recibir la visita. Los usuarios a la fecha se encuentran a gusto en la unidad, donde comparteron sus experiencias de forma abierta. evidenciando gran adaptación con un ajuste positivo.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

Powered by CamScanner

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

la unidad de servicio se encuentra ordenada y en optimas condiciones de higiene.

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

. Continuar realizando el seguimiento y acompañamiento al proceso de Oscar con el fin de conocer su estado de forma oportuna.

CLASIFICADO

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

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura Fernandez Soto	Ana Hilena Fragua.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernandez Soto	Ana Hilena Fragua.
CC. 1077873281 TP. 219284	CC. 55057466
Celular: 3222386509.	Celular: 3213564805
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

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

Powered by CamScanner

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>

ACTUACIONES EN SALUD SEBASTIAN GARZON CUELLAR

2 mensajes

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com> 13 de marzo de 2025, 19:41

Para: Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co>

13-03-2025

Pitalito - huila

Doctor
Claudio hernán lópez
Defensor cuarto de familia
ICBF

Cordial saludo

de manera atenta me permito remitir informe donde se relacionan las actuaciones,
realizadas por la madre sustituta para las asignaciones de citas que tiene pendiente el
usuario sebastian garzon cuellar, se tiene en cuenta que la mayoría de estas citas son fuera del municipio de pitalito, la eps a remitido las autorizaciones para la prestación del servicio pero en lo lugares donde se deben tomar exámenes pruebas o donde asignan la atención, no agilizan los procesos de agendamiento, los dejan en lista de espera como las solicitudes en su mayoría se realizan de manera telefónica en ocasiones no se cuenta con el soporte de la gestion que se realiza sin embargo en este informe adjunto soporte de las actuaciones que ha realizado la señora

Se debe tener en cuenta que la citas que no han asignado en su mayoría se realizan por medio de llamada a call center

Atentamente

Nicolas Castaño
Gestor de caso
Contacto: 3118241198
Fundación social yo te cuido.

ACTUACIONES EN PRO DE ATENCIONES MEDICAS PARA SEBASTIAN GARZON CUELLAR.pdf
766K

Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co> 17 de marzo de 2025, 9:52

Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <trabajosocialyotecuido.pitalito@gmail.com>, "coordinador2yotecuido@gmail.com" <coordinador2yotecuido@gmail.com>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, "psicologiayotecuido.pitalito@gmail.com" <psicologiayotecuido.pitalito@gmail.com>, Estefania Herrera Rios <Estefania.Herrera@icbf.gov.co>, Claudia Johanna Bautista Ramos <ClaudiaJ.Bautista@icbf.gov.co>, Erika Alexandra Barreiro Alvarez <Erika.Barreiro@icbf.gov.co>, "pattolin.rojas@hotmail.com" <pattolin.rojas@hotmail.com>

Señores
Fundación YO TE CUIDO
Pitalito, Huila

Cordial y atento Saludo

De conformidad con la información consignada en PDF adjunto me permito realizar las siguientes Peticiones

PRIMERO: Como es de su concomimiento en estudio de caso de fecha 12 de marzo de 2025 se establecieron una serie de compromisos tanto para La Defensoría de Familia, el operador y la madre sustituta

SEGUNDO: En el PARD se evidencia mínimos avances en el proceso diagnóstico y terapéutico del niño Sebastián Garzón, debido a Barreras por parte de la E.P.S, que ya fueron advertidas a través de trámite de tutela, fallo que garantiza el derecho fundamental a la salud y la vida digna del niño; en misma forma se evidencia falta de gestión por parte de la madre sustituta y del operador, como se evidencia en archivos adjuntos donde efectivamente se tiene la orden médica, la autorización empero no se realiza trámite para procurar se asigne la cita (las acciones adelantadas por el operador y la Madre sustituta son de fecha de 13 de marzo de 2025) lo que ha resultado en que el niño no cuente con las atenciones oportunas en salud.

TERCERO: En el compromiso asumido por el operador en coadyuvar a realizar un informe ejecutivo y evidencias de actuaciones donde se adjunte las Historias Clínicas, ordenes médicas y acciones adelantadas por la madre sustituta y el operador que permitan a este despacho solicitar al juez de tutela a través de un desacato el cumplimiento al fallo ya referido

CUARTO: El informe presentado tiene errado nombre del usuario ya que titula "ACTUACIONES EN SALUD SEBASTIAN TAMAYO PARRA" cuando se trata del niño SEBASTIAN GARZÓN CUELLAR; no se evidencia remisión de Historias clínicas, ordenes médicas y las actuaciones adelantadas por el operador y la ms; se deben realizar en PDF, toda vez que son pruebas que se deben presentar ante el Juez de tutela

Por lo anteriormente expuesto solicito muy comedidamente se dé cumplimiento a los compromisos asumidos por el operador y la ms con las nuevas evidencias de las actuaciones faltantes en las asignaciones de citas para ser presentado el día jueves 13 de marzo de 2025 a las 02:00 p.m.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Claudio Hernan Lopez Gutierrez
Defensor De Familia
Defensoría De Familia 4
ICBF Centro Zonal Pitalito – Regional Huila
Carrera 15 N° 1-84 B/ Halcones
Teléfono: 608 8369220 Ext. 841003
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>
Enviado: jueves, 13 de marzo de 2025 19:41
Para: Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co>
Asunto: ACTUACIONES EN SALUD SEBASTIAN GARZON CUELLAR

[El texto citado está oculto]

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Avila Centro Zonal Carrón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Cll 7 N. 26 - 03 B/ Santa Clara	— o —

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26/02/25	Karen Yesenia Alvarez	Fundacion Social yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barrera	Fragua	Paola Liliana
	Identificación:		
Dirección: Cl 12 N.1 -09		Tel. Fijo — o —	Celular 3137308371
Barrio: Cortijos Plazo		Correo electrónico: paolafragua1@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Sharith Mariana Serrano	DD/MM/AA 18/12/19	1145732141	2334 8909	DD/MM/AA 17/05/23	Defensoría de familia Barzón (H)
2	Ana Malena Mopan Saez	DD/MM/AA 30/08/12	1077237373	2336 1477	DD/MM/AA 08/01/25	Defensoría de familia Barzón (H)
3	Heilan Mariana Mendez Cedeño	DD/MM/AA 03/07/21	1077882304	2335 7498	DD/MM/AA 06/03/25	Defensoría de familia Barzón (H)
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

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

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

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

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Por la edad y etapa de Heilen no se encuentra vinculada al sistema educativo, por ende no se realizan seguimiento escolar ni a proyecto de vida.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Heilen por su edad y etapa de desarrollo no realizan practicas de auto cuidado y protección, sin embargo la madre sustituta se encarga de estas en favor de Heilen.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:
la documentacion y los gestiones se encuentran a la fecha.

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

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
Heiler no se encuentra escolarizada por el motivo no cuenta con la dotacion escolar.

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:
La documentación de la madre sustituta se encuentra al día, la visita es recibida de forma receptiva y con disposición. donde se evidencia que las usuarias se encuentran en buenas condiciones de presentación. Refieren sentirse agusto en la unidad de servicio.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Las condiciones habitacionales son adecuadas para la prestación del servicio

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

No se establecen compromisos a la fecha.

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

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura Fernández Soto	
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández Soto	Paola Barrero F.
CC. 1077873295 TP. 249284	CC. 55065021.
Celular: 3222380509	Celular: 3137306371.
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

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

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

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	
Hogar de paso		Familiar		Casa hogar		

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Karen Alvarez	1004442110	3138249598

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/02/2025	Karen Alvarez C.	Fundación social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Cumbe	Clara Ines
	Identificación: 55058747		
Dirección: Cra 1 BN 3-25		Tel. Fijo — o —	Celular 3214283301
Barrio: Los Palmos		Correo electrónico: rojasclaraines91@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	Plan Mejoramiento[2]	Seguimiento extraordinario
☑	☐	☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Maria Fernanda Gomez Ortego	DD/MM/AA 10/05/10	1088896084	2359 7251	DD/MM/AA 22/09/23	Defensoria de familia Pitalito
2	Luz Angela Sierra Villani	DD/MM/AA 11/02/17	1061544811	2351 03542	DD/MM/AA 18/04/24	Comisaria de familia Acevedo
3	Sharol Nikol Hamian Villani	DD/MM/AA 16/11/12	1059479800	2335 1072	DD/MM/AA 18/04/24	Comisaria de familia Acevedo
4	Liam Santiago Hamian Villani	DD/MM/AA 15/07/24	1079889692	2351 03540	DD/MM/AA 15/07/24	comisaria de familia acevedo

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

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

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios a la fecha no cuentan con autorización para la realización de los encuentros biológicos y María Fernanda no cuenta con estos ya que se encuentra en proceso de adoptabilidad. Dan por su parte no practica autocuidado y protección por sus edad pero estas las suple la progenitora y madre sustituta.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:
La documentación se encuentra al día Según las gestiones que la madre sustituta ha realizado a la fecha con los usuarios.

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

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
La dotación se encuentra al día y en buenas condiciones de uso por los usuarios.

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se evidencia disposicion de la madre sustituta para recibir la atencion. Se evidencia a los usuarios se sienten a gusto con los cuidados y estadia en la unidad de servicios.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

las condiciones de la unidad de servicio son adecuadas y optimas.

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

A la fecha no se encuentran compromisos a establecer.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Karen Yesenia Alvarez		Edna Luz Rojas L.
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
Karen Yesenia Alvarez		Edna Luz Rojas L.
CC. 1004442110	TP. 1004442110	CC. 55058747
Celular: 3138249598		Celular:
Correo electrónico: Trabajosocial.garzon@gmail.com		Correo electrónico:

Notas:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 8 del COMPONENTE TÉCNICO 8) Realizar acciones mensuales donde se evidencien las gestiones para la vinculación de los beneficiarios en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y cumplir con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas trimestrales.

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 cuenta con vinculación de los usuarios de la modalidad Hogar sustituto en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y dar cumplimiento con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas.

Neiva -04 de abril de 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:

Paola Andrea - coordinadora

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 18/03/2025.

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila_____ Centro Zonal La plata_____

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	CC 1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
18/02/2025.	Cristian Camilo Arias.	

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

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

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

Powered by CamScanner

Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Recibe atención psicosocial.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

Juan Carlos: cuenta con entorno familiar al día, Pendiente asignación de cita por odontología, continua tomando ansiolítico, respondiendo y acude voluntariamente, las reglas a similar muy bien, su comportamiento es adecuado y hace actividades de acuerdo a sus capacidades.
Daniel: atenciones en salud al día, Pendiente asignar cita por nutrición, Esquema de vacunación al día, Inicio etapa escolar Institución educativa Jorge Eduardo durán Rojo.

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

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

Powered by CamScanner

3	LUCIANA CUNACUE YUGUE	05-04-2018	R.C 1081423813	1763995826	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA
4	BRAYAN STIVEN ORTIZ GUZMAN	7/04/2008	T.I 1117264016	235100334	11/12/2024	COMIDARIA DE SAN AGUSTIN
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Documentacion de cada usuario actualizada y segun las atenciones de cada usuario.

Brayan: cuenta con las atenciones en salud al dia, pero con notificacion PS con diagnostico bajo peso para la edad, remitido para Pisdagogia clinica.

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Lectura: ortencia en sal-el cd día, continuar con tratamiento de odontología para 19 de marzo tiene cita asignada, Pendiente pasar por Psicología clínica, fecha asignada por el hospital, se esta tramitando cita para prueba cognitiva, Pendiente pasar por noticia EPS. para el 19 de marzo, En Psicología fue remitida a Psicología clínica/vinculación intervención educativa para adecuado abuso en grado primero.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

los uniformes cuentan con su dotación al día y con buen uso de la misma.

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

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

Observaciones:

la documentación de la carpeta de la madre sustituta al día, se recomienda no olvidar sacar examenes ocupacionales y manipulación de alimentos que vencen en abril.

Powered by CamScanner

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

las condiciones de aseo y orden de la unidad de lactancia son buenas, se hacen recomendaciones mínimas respecto al orden del cuarto Bracken respecto a sus cosas personales.

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

No se dejan hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		Rosalba Serrato
Firma de la persona que realiza la visita		**Firma de la persona que recibe la visita**
Shirley Gonzalez.		Rosalba Serrato Vargas
CC.1081397052	**TP. 172058**	**CC.** 36376687
Celular: 3147988239		**Celular:** 3222408941
Correo electrónico: f.fundariaplata@gmail.com		**Correo electrónico:** rosalbaserrato421@gmail.com

Notas:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Desea cuenta con su dotacion a la hora y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalba Serrato Vargas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Lucia cuenta con todo en buen estado.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Serrato Vargas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Nancy Gonzalez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Brayan Cuenta con su dotacion al dia y adecuadamente.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Brayan Steven Ortiz Guzman

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Serrato Vargas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Contreras.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Juan Carlos tiene 10 Observaciones al día y buen aseo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Serrato

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley G

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/08/2025	CENTRO ZONAL	La Plantea.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Rosalba Serrato			

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	✓	✓	✓	✓	✓

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	✓	✓	✓

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
La madre sustituta refiere la importancia del alimento y la leche que le hace, por tanto solicita se haga entrega para este año.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Rosalba Serrato Vargas	Shirley Gentlet.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSVTC-0016- 01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 18 | 03 | 2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Roxilba Serrato

CENTRO ZONAL: La Plata.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Contulet.

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Rosalba Serrato Vargas

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Rosalba Serrato

Dirección: cra 9 # 9-59

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	1	
26	Paredes limpias.	1	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	1	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	1	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	1	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	1	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	1	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	1	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	1	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	1	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	1	

OBSERVACIONES

La Unidad de Servicio cumple con las condiciones habitacionales.

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	X	X	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	Cll 7N 2E-03 B/ santa clara	— o —

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	cc.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD MM AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/02/2025	Laura Fernández Soto	Fundación social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

Powered by CamScanner

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

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento[2] ☐	Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Nicolas Rodriguez Hamzona	03/08/21	R.C 1077882338	17627 09488	01/04/22	Defensoria de Garzón Huila
2	Maria Yulisa Cantre Rojas	01/09/16	10821166108	2335 1434	29/01/25	Comisaria de familia Pital
3	Jenit Dayana Campos Cuellar	19/12/11	1082158169		14/02/25	comisaria de familia Pital
4						

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

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

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Se evidencia el compromiso por parte de la madre sustituta para las diferentes gestiones en salud y demás de cada una de las usuarios. las cuales a su vez se encuentran a gusto en la unidad de servicios.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:
No se ha podido vincular a Janet a los atendones de salud. Nicolas no cuenta con beneficios escolares ya que se encuentra vinculado a la modalidad de primera infancia (CDI).

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

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
La dotación se encuentra al día y en buen estado de uso por cada uno de los usuarios.

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

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

La documentación de la madre sustituta se encuentra al día. Por otro lado la visitadora recibe la madre sustituta con buena disposición para la misma. Se evidencia buena interacción entre las usuarias y con los miembros de la familia de la unidad de servicios.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

la unidad cuenta con las condiciones habitacionales adecuadas para la prestacion del servicio.

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

Coordinar con las gestoras en Salud de los asociados y una vez Sanit Dagana tenga la portabilidad cuenta de atencion en Salud en el municipio de Fuente, asista por psicologia y demas que hagan lugar frente al proceso.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura Fernández Soto	Fanny C. del C. de F
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández Soto	Fanny C. del C. de F
CC. 1097873297 TP. 219284	CC. 26491920
Celular: 3222386509	Celular: 3202293391
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

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

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

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

Powered by CamScanner

PLANILLA ENTREGA DOTACIÓN INICIAL - CONTRATO No. -41006922024

ITEM	FECHA INGRESO	NOMBRE	VESTIDO BEBÉ	CONJUNTOS PANTALON CAMISA Ó BLUSA	VESTIDO NIÑA	CAMISETA INTERIOR	CAMISA / BLUSA DIARIO	SACO / CHAQUETA	ROPA INTERIOR MASCULINA	PANTS INTERIOR FEMENINO	BRASIERES Ó FORMADOR	PANTALON /JEANS	FALDA	PIJAMA	PANTALONETA / SHORT BICICLETERO	PANTALONETA DE SUDADERA / BERMUDA	MEDIAS	ZAPATOS / SANDALIA	CHANCLETAS	BABEROS	VESTIDO DE BAÑO / SALIDA DE BAÑO	GORRO PARA BEBÉ	LLAVA DIENTES	COBERTOR	TOALLA	VASENILLA / BIBERONES / PAÑALERA	FECHA ENTREGA	DEFENSORIA	CENTRO ZONAL	NOMBRE MADRE SUSTITUTA	FIRMA DE QUIEN RECIBE
1	10/02/2025	SEBASTIAN NOGUERA MOSQUERA	0	0	3	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11/02/2025	Nidia Martinez / Defensora Primaria	La Plata	MARISANDA DORADO	Marisanda Dorado
2	19/02/2025	ZAHIR ALAHSAN DURAN PIZO	0	1	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26/02/2025	Comisaria Agresividad Marcela Sierra	La Plata	WILSON CALDERON USECHE	CC
3	25/02/2025	MELANY FRANCENETH PLAZAS SILVA	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	28/02/2025	Defensora de familia Natalia Parra	La Plata	YOHANA ARANDIA M	Yohana Arandia
4																															
5																															
6																															

Firma del responsable: Yomira ill

Cédula del responsable: 1081419886

Powered by CamScanner

PLANILLA ENTREGA DOTACIÓN INICIAL - CONTRATO No. -41006922024

ITEM	FECHA INGRESO	NOMBRE	VESTIDO BEBE	CONJUNTOS PANTALON CAMISA Ó BLUSA	VESTIDO NIÑA	CAMISETA INTERIOR	CAMISA / BLUSA DIARIO	SACO / CHAQUETA	ROPA INTERIOR MASCULINA	PANTS INTERIOR FEMENINO	BRASIERES Ó FORMADOR	PANTALON JEANS	FALDA	PIJAMA	PANTALONETA / SHORT BICICLETERO	PLANTALONETA DE SUDADERA / ESTAMPADA	MEDIAS	ZAPATOS / SANDALIA	CHANCLETAS	BABEROS	VESTIDO DE BAÑO / SALIDA DE BAÑO	GORRO PARA BEBE	LLAMA DIENTES	CORBATOR	TOALLA	VASENILLA / BIBERONES / PAÑALERA	FECHA ENTREGA	DEFENSORIA	CENTRO ZONAL	NOMBRE MADRE SUSTITUTA	FIRMA DE QUIEN RECIBE
1	3/01/2025	CINDY CAMILA ZAPATA HURTADO	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4/01/2025	[illegible]	La Plata	Dayana Catalina Diaz	
2																															
3																															
4																															

Firma del responsable: Ximena M

Cédula del responsable: 1081419856

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 30/08/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	
Hogar de paso		Familiar		Casa hogar		

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion social yo te cuido	Cll 7N.2E-03 B/ Santa Clara	—o—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Karen Yesenia Al.	1004442110	3138249598

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/08/2025	Karen Yesenia Alvarez	Fundacion Social yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Almario	Calderon	Maryam
	Identificación: 26991705		
Dirección: Cr 5 N 6-53		Tel. Fijo 6088335922	Celular 3118337233
Barrio: Centro	Correo electrónico: maryamalmario68@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Angel David Trujillo	DD/MM/AA 19/08/20	RC 1085190 78	2339 4540	DD/MM/AA 20/12/22	Defensoria de familia CZ Barrón
2	Lord y Johana Bualicedi	DD/MM/AA 02/10/10	1076508058	2335 1697	DD/MM/AA 13/12/29	Defensoria de familia CZ Barrón
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Angel David no se encuentra vinculado al sistema de educación formal, se encuentra en educación parcial primera infancia, lo cual no realizan seguimiento al desempeño escolar, y debido a su edad y etapa de desarrollo no se encuentra realizando

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR: proyecto de vida.

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Angel no cuenta con encuentros prolongados ya que se encuentra en estado de adoptabilidad.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:
la documentacion se encuentra al dia Segun las acciones que se han adelantado en favor de ellos.

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

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
la dotacion se encuentra al dia y acorde a las necesidades de los usuarios.

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

la documentación de la madre sustituta se encuentra al día. Por otro lado se evidencia disposición y receptividad en la visita por parte de la madre sustituta. Pide a la fecha manifestar los diversas situaciones de cada uno de los usuarios.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

Las condiciones habitacionales son optimas para la protección del escenario.

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

A la fecha no se establecen compromisos

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

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

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

CLASIFICACIÓN

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 30/09/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion social yo te cuido	Cll 7N. 2E - 03 B/ Santa Clara	— o —

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernandez	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/02/2025	Laura Fernandez Soto	Fundacion social yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Cruz	Valenzuela	Mireya
	Identificación:		

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Vereda Claros	Tel. Fijo	Celular 3122048410
Barrio: Vereda Claros	Correo electrónico: marce.4?n9580@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1		DD/MM/AA			DD/MM/AA	-
2		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

A la fecha la madre sustituta no tiene usuarios asignados a la unidad. Se esta a la espera de la entrega de una usuaria proveniente de la comisaria de el Agrado Huila.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

la documentacion de la madre sustituta se encuentra al dia. Es de mencionar que recibe la visita con buena disposicion donde se evidencia una unidad adecuada para la prestacion del servicio. con espacios adecuados para el mismo

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

Cuenta con los espacios habitacionales y condiciones optimas de higiene y orden.

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

Una vez se le asignen curacias a la unidad debe realizar las acciones pertinentes para la garantia de sus derechos de forma oportuna.

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

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

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

CLASIFICADO

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

_X_ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura Fernanda Soto	Mireya Cruz
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernanda Soto	Alexis Cruz
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 52 095 117
Celular: 3222386509	Celular: 312 2048410
Correo electrónico:	Correo electrónico: tamytrue-x887@gmail.co

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 7 del COMPONENTE TÉCNICO - 7) informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características.

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 realizo articulaciones con las entidades del sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características", como se relaciona a continuación:

MUNICIPIO DE GARZÓN:
Salud:
V.M.C.C: solicitud Historia clínica
J.D.H.G: solicitud portabilidad
J.C.S: solicitud portabilidad
J.A.M.A: Solicitud de medicamentos
V.J.M.A: Solicitud servicios en salud - Superintendencia de salud
Y. A. M. A. Solicitud servicios en salud
K. K. M. A. Solicitud servicios en salud

MUNICIPIO DE LA PLATA:
Salud
Y.A.P.C : solicitud de cita medica
D.Y.S.H : Solicitud de cita psicología
J.C.P.Q : solicitud de citas de psiquiatría Pediátrica
L.F.P.Q : solicitud de citas de psiquiatría Pediátrica

Educación:
A.D.E: Solictud de documentos de estudio

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

MUNICIPIO DE PITALITO
Educación

A.D.E Solicitud certificados de estudio
B.M.T Solicitud certificados de estudio
Gestión educativa sena

Salud

S.G.C : Solicitud autorización atenciones en salud
A.S.O; Solicitud rayos x
Gestiones ofertas PIC
J.D.P : Solicitud portabilidad

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

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 26-03-25

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Yo te cuido	Cll 1 # # 5-52. Barrio Unidad	3206227470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny Alexandra O.	1097347014	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/02/25	Jenny Alexandra O	Fundación Yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Urbano	Murcia	Luz nelly.
	Identificación:		

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cr 9C este 13-69 sur	Tel. Fijo — o —	Celular 3134348005
Barrio: las Palmitas	Correo electrónico: — o —	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Andres Felipe Martinez	11/8/2011	1763333644	-	27/11/2023	Defensora de familia - Cristina M.
2	Paloma Yuliana Martinez	7/12/2017	22/11/24	1213306605	22/11/2023	Defensora de familia - Cristina M.
3	Ryan Juliana Arboleda	23/10/2011	8/12/24	1233337324	8/11/2023	Defensora de familia Cristina Molina
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.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ 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 Estan Con Vinculacion a Educacion Salud.
Gozan de Buen estado de Salud.

Powered by CamScanner

Reciben atención Psicosocial, adultos buenos hábitos alimenticios.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Se evidencia buena comunicación asertiva entre los niños expresan sentimientos y emociones. Disfruta en medio objetivos.

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 cuentan con carpeta debidamente archivada y actualizada se recomienda archivar actas de salud y boletines.

Powered by CamScanner

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

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

los niños cuentan con dotaciones 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 Sustituta cuenda con Carpeta debidamente archivada y actualizada, se recomienda estar pendiente de entrega de Suplementos.

Powered by CamScanner

Se recomienda Estar Pendiente de. Vencimiento de Cursos, y antecedente de red de apoyo.

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:

Powered by CamScanner

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 unicamente refiere dificultades de comportamiento por parte de Laura. Sin embargo se han generado estrategias con la usuaria en comunicacion asertiva escucha activa, empatia logrando mejorar la dinamica familiar

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

___/___ 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 Quiroz	
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1017397014 TP 166100	CC. 26567386
Celular: 3206217470	Celular: 3138348005
Correo electrónico: alexa-16911@hotmail.com	Correo electrónico: luz.n.urbano@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion social Yo te cuido	Cll 7N. 2E-03 B/Santa Clara	— o —

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Karen Alvarez	1004442110	3138295598

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/02/2025	Laura Fernández S.	Fundacion social Yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Tirana	Casas	Olga Lucia
	Identificación: 1077356336		
Dirección: Cll 6. N. 2-63		Tel. Fijo — o —	Celular 3138486593
Barrio: Reservas de Corzón		Correo electrónico: luciatiranacasas@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	Nº. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Cataleya Cooper Montoya	DD/MM/AA 11/11/2023	1077833434	2335 0943	DD/MM/AA 05/07/24	Comisaria de familia descuaza
2	Alvaro Hernida Villanueva	DD/MM/AA 27/10/16	1079391642	sin informacion	DD/MM/AA 13/03/25	Comisaria de familia el Agrado H
3	Anderson Hernida Villanueva	DD/MM/AA 02/09/18	1079932011	Sin Informacion	DD/MM/AA 13/03/25	Comisaria de familia del Agrado(H)
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

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

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Catalina por su edad no se encuentra vinculada al sistema educativo, por tal razón no se realiza seguimiento escolar ni a proyecto de vida.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

por la edad y Etapa de desarrollo de Catalina ella no realiza practicas de autocuidado y protección, sin embargo estas las ejerce la madre sustituta en favor de ella.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:
A la fecha se cuenta con los garantia en los gestiones de sus derechos por cada uno de los usuarios realizados por la madre sustituta.

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

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
A la fecha los hermanos Hernández no cuentan con la dotación personal ni escolar. La niña por su edad y etapa de desarrollo no cuenta con la dotación escolar.

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Observaciones:

La documentacion de la madre sustituta se encuentra al dia. Por otro lado, recibe la visita de forma receptiva y con disposicion. Los usuarios presentes manifiestan sentirse agusto en la vivienda ya que cuenta con los servicios. donde se relacionan de forma adecuada y se desarrollan en los contextos de forma adecuada.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios	Sin humedad pisos seguros, no resbalosos, sin	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Powered by CamScanner

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

las condiciones locativas son adecuadas para la prestación del servicio.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

No se establecieron compromisos a ley Fecha.

CLASIFICADO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ___ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ___ Diálogo con miembros de la familia.
- X Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

- X Condiciones satisfactorias
- ___ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ___ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ___ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de RoI.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Karen Yasenia Alvarez	
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Karen Yasenia Alvarez	
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 4044856826
Celular: 313 8249798	Celular: 3138486593
Correo electrónico: trabajo.social.garzon@gmail.	Correo electrónico:

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO DE CARTA U OFICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 65

19 de marzo de 2025

E.S.E. MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR NIT 813 005 225-8 Cra. 15A No. 9A-65 Tel. 830 1582 DIA 19 MES 03 AÑO 025 HORA 11.20am Recepción Firma

Doctora
Oriana Sofia peña mazabel
Gerente E.S.E Manuel Castro Tovar
Pitalito - Huila

Asunto: ***SOLICITUD APOYO INTERINSTITUCIONAL, OFERTA PIC PARA USUARIOS DE LA MODALIDAD HOGARES SUSTITUTOS***

De manera atenta y respetuosamente desde el operador FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, contratista del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, quien actualmente administra la modalidad hogar sustituto en el municipio de Pitalito, nos permitimos solicitar de su apoyo para articular interinstitucionalmente, servicios a favor de niños niñas adolescente y jóvenes entre las edades 8 meses a 25 años de edad quienes se encuentra en la modalidad y en proceso de restablecimiento de derechos, nuestro fin es conocer si existe oferta o programa, como brigadas de salud ,Odontóloga, vacunación, estilos de vida saludables, educación sexual entre otros con el fin de capacitar a nuestro usuarios brindarles herramientas para garantizar su bienestar el aprovechamiento del tiempo libre sana dispersión y no obstante el fortalecimiento en áreas de la salud, nuestro deseo es tener conocimiento si es posible acceder a uno de sus servicios para llevar a cabo la articulación, no siendo más nuestro motivo de solicitud quedamos atentos a su amable y pronta respuesta.

Anexo correo y contacto: gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com
Teléfono: 3118241198

Agradezco la atención prestada

Atentamente:
Nicolás Castaño
Nicolas Castaño
Gestor de caso
Contacto:3118241198
Fundación social yo te cuido
Dirección: Calle 1ª N° 5 – 52 Barrio Trinidad

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/03/25.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
fundacion Yotecaido	cll 1A # 5-52 Barrio Humidad	3232040036.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny P. Quintero	1093947014	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Calderon	Escalante.	Karen Daiana
	Identificación: 1083.893442.		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Quegamento Gaviotas	—o—	3229080277
Barrio:	**Correo electrónico:**	
Cenko Poblado	daviznacal drun370@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Leyder Santiago Rodriguez	DD/MM/AA 24/12/20[illegible]	1076916874	2366163	DD/MM/AA 5/06/2023	D. Septima. Angela Calvo
2	Nabato Andrei Muñoz Gomez.	DD/MM/AA 23/09/16.	1080365546		DD/MM/AA 23/mm/24	C 5024. Fancy. Dul.
3	Daily Yuliana Muñoz Gomez	DD/MM/AA 9/8/2013	1080514333		DD/MM/AA 23/mm/2024	C-5024 Fancy. Fancy.
4	Camila Andrea Cortez.	DD/MM/AA 6/mm/21	1183333124	2351083[illegible]4	DD/MM/AA 31/01/23	Def. Fecha Custodia.
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Scanned with CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ 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 usuarios se encuentran afiliados a SSSalud, gozan de buen estado de salud, cuentan con

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Vinculacion a educacion, y se encuentra adelantando ciertos proyectos de vida, recibe atencion psicosocial.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Dey y leyda presentan una sola convivencia dentro de la unidad de servicio, leyda no recibe encuentros biológicos ellos en adopción, los usuarios cuentan con acompañamiento psicosocial, dos faltan de entrevistas protectivas. 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 evidencia orden en documentos y secuencia de las atenciones

Scanned with CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	/		/		/		/			
Personal	/		/		/		/			/
Escolar	/		/		/		/		/	
Aseo e higiene personal		/		/		/		/	/	

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

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 señora Kam evidencia Carpeta debidamente actualizada y archivada se recomienda actualizar Pdio, Antecedentes disciplinarios, y cursos en el tiempo que corresponde

Scanned with CamScanner

Se recomienda mantener hoja de vida de red de apoyo 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
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Scanned with CamScanner

La unidad de servicio cuenta con espacios.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Deily: asistio a control medico general que la remite a ortopedia y pediatria, tiene control de Psicologia en un mes. gestio en marzo, la envian a Psiquiatra, cuenta con cualificacion.

Leyder: asistio a psiquiatria pediatria, tiene cita pendiente programada decida para el 9 de abril, tiene pendiente cita nutricion.

Sneider: tiene pendiente cita por psicologia. Para el 17 de abril, pendiente odontologia.

Nubarto: se debe sacar cita por medicina general para ver si lo remiten a otras especialidades.

Scanned with CamScanner

Se recomienda a la madre. Sostiene la guarderia atienda. para los usuarios.

La madre refiere que se han presentado dificultades de convivencia entre usuarios por lo que se debe seguir fortaleciendo en Procesos de comunicacion asertiva.

Se evidencia que frente a compromisos. la Madre mantiene adecuadas las carpetas y garantiza cuidado y proteccion a los usuarios.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

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 RoI.

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. 1087397019 TP. 466100	CC. 1083993442.
Celular: 3206227470	Celular: 3229090277.
Correo electrónico: alexa-1691@hotmail.com.	Correo electrónico: diana-4calderon@gmail.com.

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	X		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	Cll 7N 2E-03 B/santa clara	— o —

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández S.	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/02/2025	Laura Fernández Soto	Fundación Social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Sierra	Rojas	Yenny Marcela
	Identificación:		
Dirección: Cll 2Sur N 18A 1B		Tel. Fijo — o —	Celular 3202625525
Barrio: 5 de Noviembre		Correo electrónico: yennysierra1309@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☐ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Yosers Andres Martinez Arias	DDMMAA 20/11/22	R.C 1076519342	2321 22454	DDMMAA 01/11/24	Defensoria de familia Neiva
2	Valery Jhulieta Martinez Arias	DDMMAA 26/05/21	R.C 1076518308	23212 2451	DDMMAA 01/11/24	Defensoria de familia Neiva
3	Keyleth Kalet Martinez Arias	DDMMAA 11/02/19	R.C 1075324943	23212 2453	DDMMAA 01/11/24	Defensoria de familia Neiva.
4		DDMMAA			DDMMAA	

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

5		DD/MM/AA		DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Yosers y Valery aún no se encuentro realizando acciones para su proyecto de vida, esto en debido a su etapa de desarrollo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Los niños Yorsers y Valery no practican autocuidado, autoprotección por su etapa de desarrollo más sin embargo la madre sustituta las realiza en pro a su bienestar.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓					
Acta de colocación	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓					
Valoración Médica	✓		✓		✓					
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓					
Carné de Salud	✓		✓		✓					
Citas Médicas	✓		✓		✓					
Registro Civil	✓		✓		✓					
Documento de Identidad	✓		✓		✓					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓		✓					
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓		✓					

Powered by CamScanner

Observaciones:

las carpetas de los usuarios se encuentran con la documentación pertinente y debidamente ordenado

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X		X		X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los tres usuarios a la Fecha cuentan con la dotacion completa, asi mismo en buen estado.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se logra evidenciar que a la Fecha la documentación de la madre sustituta esta completa, asi mismo la de su red de apoyo familiar, en cuanto a los antecedentes se encuentra actualizados

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios	Sin humedad pisos seguros, no resbalosos, sin	Ventilación e iluminación natural
Cocina	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Despensa	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Comedor	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Powered by CamScanner

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Al momento de la visita se logra observar la unidad de servicios en buenas condiciones de aseo e higiene.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

A la Fecha no se establecen compromisos, así mismo no se encuentran hallazgos.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- [X] Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- [X] Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- [X] Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- [ ] Diálogo con miembros de la familia.
- [ ] Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- [X] Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- [X] Condiciones satisfactorias
- [ ] Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- [ ] Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- [ ] Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura Fernández Soto	Yenny Marcela Sierra Rojas
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández Soto	
CC. 1077873295 TP. 219289	CC. 95.065.980
Celular: 3222386509	Celular: 3202625525
Correo electrónico:	Correo electrónico: yennysierra1305@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 18/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal La Plata

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N. 5 E -34 VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC	Celular
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
17/03/2025	Katerine Rodriguez	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	VALENCIA	LOSADA	ANA MILENA
	Identificación: 29122846		
Dirección: carrera 10E No 11-03		Tel. Fijo: No tiene	Celular: 3132626213
Barrio: VILLA DEL CAMBIS		Correo electrónico: Amvalencial@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	LEIDY JOHANA MENSA MOPAN	1/08/2012	T.I 1145827589	23437299	18/01/2023	DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ
2	FRANKLIN SMITH BORJA	09-10-2024	RC 1145833595	23438640	01/03/2024	DEFENSORÍA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
3	KELLY JOHANA FERNANDEZ PENA	9/07/2014	T.I 1080265163	23437905	24/01/2025	COMISARIA LA ARGENTINA/ALEXIS PATIÑO
4						
5						

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Lady: cuenta con atenciones en salud al día, odontología, tratamiento terminado, tiene higiene oral para el 28 de

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Febrero, control del juen para agosto de 2015, Psicologia control tres meses control proximo para mayo, Pediatria Control en junio, Pediatria control en junio, tercepros especialistas clases ele alta, vinculada a la institucion educativa sin soportan grado septimo, Participa en extracurricular actualmente los dias juenes en la casa de la cultura.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Franklin: atenciones en salud al día, gastroenterología al día oftalmología y cirugía pediátrica para el 25 de abril, Neurología para el 11 de junio, Nutrición EPS para el 18 de abril, control con endocrino en mayo, Neumología programada para el 9 de abril, Pediatría para mayo, fisioterapia control en abril, cuarta y tercera fisura en fibroester al día, Recibe Ayuda de sus progenitores todos mierales. Kelly: tiene atenciones en salud al día, actualmente con tratamiento de atenciones en salud en el municipio de Ipiales, Pendiente cita endocrinología

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas	X		X		X					
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X		X					

Powered by CamScanner

Registro Civil	X		X		X						
Documento de Identidad	X		X		X						
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X		X						
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X						

Observaciones:

Cada uno de los niños cuentan con su carpeta organizada, con los documentos que cada uno de los niños requieren según necesidad.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X			X	X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Cada uno de los niños cuentan con su dotación al día y bien etiquetados franklin no recibe dotación debido que por su edad no esta escolarizado.

Powered by CamScanner

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Documentación al día y actualizada según requerimientos.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Unidad de servicio en excelente orden y aseo.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita 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 Shirley Gonzalez		Firma de la persona que recibe la visita Ana Milena
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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		X
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Leidy cuenta con dotacion del dia y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leidy Johanna Gensa

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Contalet

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental		X
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental		X
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Franklin cuenta con 10 dotación del día y buen aseo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No Firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Kelly cuenta con todo el aseo y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: KELLY Ibeana Fernandez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Jinnelly

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/03/2025.	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA	Ana Milena Valencia.		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	/	/	

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Cuando se entregue el alimento continuar con el adecuado uso.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0088- 01/06/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/06/2022

FECHA: 18/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Ana Milena Valencia

CENTRO ZONAL: La Ceiba

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Ana Milena Valencia.

Dirección: 105 H 11-03

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	N/A	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	1	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	1	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La unidad de servicio cumple con acuerdo de las condiciones locativas.

Powered by CamScanner

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>

Solicitud de Autorización para Controles Médicos de los usuarios martines arias.

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com> 8 de marzo de 2025, 16:38

Para: autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co, Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Yoriana Astrid Pena Parra <yoriana.pena@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>

Cordial saludo,
EPS FAMISANAR
La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto, solicitamos a ustedes la debidas autorización para que los USUARIOS RELACIONADOS bajo nuestro cuidado puedan acceder a sus controles médicos, odontológicos, higiene oral, crecimiento y desarrollo, y atención en psicología, según corresponda.

VALERYN JHULIETA MARTINEZ ARIAS
RC 1076518308
YOSERS ANDRES MARTINEZ ARIAS
RC 1076519342
KEYLETH KALET MARTINEZ ARIAS
RC 1075324943

Agradecemos su pronta gestión

--

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	ATENTAMENTE. CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO CELI: 3105653706 gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.co

3 adjuntos

- **PORTABILIDAD RC RC 1076519342.pdf** 598K
- **PORTABILIDAD RC RC 1076518308.pdf** 596K
- **PORTABILIDAD RC RC 1075324943.pdf** 597K

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28-03-2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[■]	[ ]	[ ]

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar
	[ ]	[ ]

Regional _____HUILA _____Centro Zonal _____LA PLATA _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 5 e-34 villa del Prado	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
CRISTIAN CAMILO ARIAS	1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
7/02/2025	Erica Katherine Rodriguez	ICBF

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	DIAZ	RODRIGUEZ	DAYANA CATERIN
	Identificación: cc 1061728361		
Dirección: calle 19 A. N- 1ª-52E		Tel. Fijo No tiene	Celular 3137164889
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL	Correo electrónico: dayanita.0512@hotmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	X	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	DERLI YULIANA SANCHEZ HERNANDEZ	04-08-2023	R.C 1080268922	234440238	06/09/2024	DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ
2	MARIA ALEJANDRA MENDEZ VERA	16/05/2015	T.I 1084869423	SIN INFORMACION	24/05/2024	COMISARIA IQUIRA

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

3	CINDY CAMILA ZAPATA HURTATIS	04-06-2010	T.I 1083896671	235105027	03-03-2025	CRISTINA MOLINA ARTUNDUAGA (DEFENSOR DE FAMILIA)
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si / No X	SI X / No	Si / No X	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si / No X	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial.	SI X No	Si X No	SI X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: tiene psicología 1-04-2025, aun no tiene cita en abril de Pediatría, en mayo notificare y dermatología para consulta por examenes, es juiciosa a consulta toda (o> abuelito) sobo de peso, la comisura se le volvio a abrir, no asiste a estudiar por la edad y tampoco realiza actividades de proyecto de vida por la edad.
- Maria Alejandra: tiene pruebas cognitivas, la MS cita en tramite y especial por agenda, se recomienda solicitar apoyo de la Gestora de Caso.
- Cindy Camila: No tiene documentos para matricula en IE. al grado 6°, 20-07-25 tuvo salud del joven, cita en Lapo en pediatria, y 28-07-2025 tiene cita por psicologia al CAS zacon

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	SI X No	Si X No	SI X No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si No X	Si X No	SI X No	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	SI X No	Si X No	SI X No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: Cuenta con esquemas Biologicos con familia Biologica, cuenta con todos los procesos de acuerdo a su edad.
- Maria Alejandra: A la fecha no tiene Autoridad Administrativa / Defensoria segunda Clia, recibe encuentros Biologicos por adecuamiento, pendiente psicologia clinica, de acuerdo al E.S. ha mejorado el comportamiento.
- Cindy Camila: Pendiente valoracion Psicologia, Trabajo Social, control medico con reportes, valoracion odontologia de control del joven, examenes de ETS, laboratorios Hemoglobina, hematocrito, Prueba Hepatitis prueba treponemica. Participa en bisuteria como actividad extracurricular, Maria Alejandra en Bisuteria, Derly por su edad no participa.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1	2	3	4	5

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SiX No	SiX No	SiX No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SiX No	SiX No	SiX No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	SiX No	SiX No	SiX No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	SiX No	SiX No	SiX No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SiX No	SiX No	SiX No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: Cuenta con escenarios Biologicos con familia Biologica, cuenta con todos los procesos de acuerdo a su edad.
- Maria Alejandra: A la fecha ya tiene Historial Administrativo / Defensoría segunda Silla, recibe encuentros Biologicos por adolescente, pendiente Psicologia clinica, de acuerdo al E.B. ha mejorado el comportamiento.
- Cindel Camila: Pendiente Valoración Psicologia, Trabajo Social, control medico con repetes, valoración odontologia de control del joven, examenes de ETS, laboratorios Hemoglobina, hantavente, Prueba Hepatitis prueba Treponemica. Participa en Disteria como actividad extracurricular, Maria Alejandra en Bisteria, Derly por la edad no participa.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1	2	3	4	5

Powered by CamScanner

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X			X				
Valoracion Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas	X		X		X					
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X		X					
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X	X			X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

- Derly: Cuenta con la documentación actualizada, no cuenta con boletines por la edad, la carpeta esta actualizada, ordenada y legajada. • María Alejandra: La carpeta esta actualizada, ordenada correctamente y legajada. • Cindy Camila: no cuenta con Valoración nutrición del operador, no esta estudiando a la fecha por ende no trae boletines, esta a la espera de ello, ya solicito dichos documentos, los documentos que cuentan estan debidamente ordenados, legajados y actualizados.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1	2	3	4	5

Powered by CamScanner

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar		X	X			Y				
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

- Deily: debido a la edad no cuenta con dotación escolar, la demás en optimas condiciones de aseo y uso. • Maria Alejandra: cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y uso.
- Cindy: Aun no cuenta con dotación escolar porque no esta estudiando, la demas dotación si se la dieron.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la MJ se encuentra actualizada, legajada y archivada, las redes de apoyo estan actualizadas y los integrantes del nucleo familiar.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	X	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La Unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, asepsia e higiene. Los alimentos estan rotulados y la alacena con alimentos en

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

optimas condiciones de consumo, Al momento de la visita se encuentran las 3 usuarias en optimas condiciones de aseo y presentación personal.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- No se dejan las Ollas.
Se recomienda a la Nta Solicitar apoyo de la Gestora de caso para el tramite de actas de María Alejandra, Derly y Cindy.
Dar acatamiento cualquier exhortación que se presente con la usuarias ante el operador y Aut. Administrativas

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
X Diálogo con miembros de la familia.
X Diálogo con vecinos, instituciones, otros
X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que	Nombres y apellidos de la persona que

Powered by CamScanner

realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		recibe la visita DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ
Firma de la persona que realiza la visita Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita Dayana Diaz R
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.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la debida dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por la edad.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dahna Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la edad.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: María Alejandra Mendez Vera

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Deyanira Diaz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cintia Cerrito A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leidy Camila zapata Hurtado cc1054...

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Dafne Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/02/2025	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Dayana Catherin Diaz

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

No cuenta con Bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Dayana Diaz	Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Dayana Catalina Diaz Rodriguez.

Dirección: Calle 19A # 1B 52 E. Ciudadela San Miguel.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

la unidad de servicio cuenta con los elementos de protección y optimas condiciones de aseo y desinfección.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 8 -80
Cel. 3008183487

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo Arias	
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Cristian Camilo Arias	
cc. [illegible]	cc [illegible]
Celular: [illegible]	Celular: [illegible]
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

FECHA: 7/Octubre/25

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Dalva Celeny Ortiz Londoño

COMUNA: La Pradera Bello

NOMBRE DEL PROFESIONAL A CARGO: Cristian Camilo Mesa

Calificación (Indique con cada una con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. El tiempo de la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. El trato de la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. El tiempo de la visita y la forma en la que se realizo la visita?	X			
4. El trato de la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. El trato con el trato del profesional que realizo la visita?	X			

CALIFICACIÓN PREGUNTAS (Indique con cada una con una X según corresponda)	SI	NO
6. El profesional escucho de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
7. El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
8. El a dado la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
9. El profesional al desplazarse por la vivienda, solicito permiso?	X	
10. El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Dalva Ortiz

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>

SOLICITUD CERTIFICADOS ACADEMICOS USUARIOS BLEIDYS MIRELLA TRUJILLO & ALAN DAVID ESPAÑA CURACA

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com> 6 de marzo de 2025, 10:10

Para: Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>
Cc: Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>

06-03-2025

Pitalito Huila

Doctor
Claudio Hernan lópez
Defensor cuarto
ICBF

Cordial saludo

De manera atenta dr claudio nos dirigimos a su despacho, con el fin de
solicitar trámite académico o certificados académicos para la vinculación al sistema
de educación a los usuarios en mención ya que a la fecha no se a logrado garantizar
este derecho, cordialmente solicitamos de su apoyo con el fin de poder adelantar las gestiones pertinentes a favor de los usuarios

No siendo más nuestra solicitud de apoyo quedamos atentos a su amable respuesta

Atentamente
Nicolas Castaño
Gestor de caso
Contacto: 3118241198
Fundacion social yo te cuido

Radicado N°. 20252100004943032
07 - 03 - 2025 09:31:32 Folios: N/A (WEB) Anexos: 0
Destino: 21000 - Rem/D: CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
Consulte el su trámite, en la pagina de la entidad
Código de verificación: f7783

Bogotá D.C., 07 de marzo de 2025

Señores
Superintendencia Nacional de Salud
Ciudad: GARZÓN

Asunto: RADICADO PQRD

Detalles del caso: señora, super salud
cordial saludo.

La fundación social "yo te cuido" con sede en el municipio de Garzón y ejecutando el programa del ICBF hogares sustitutos, cuyo objetivo es garantizar el bienestar de los niños, niñas adolescentes quienes cuentan con un proceso de restablecimiento de derecho. queremos manifestar lo siguientes. A raíz de la dificultad presentada en el acceso a los servicios de salud solicitamos el cambio de EPS de la usuaria posiblemente a una la cual allá acceso en el departamento del HUILA como la nueva eps o sanitas.
Esto a raíz que el día 19 de febrero la madre sustituta la señora Yenny Marcera Sierra Rojas quien tiene el acta de ubicación de la usuaria le acercó a la ESE MARIA AUXILIADORA con el fin de acceder a una cita por medico general y a raíz que la EPS FAMISANAR remitió de manera incorrecta la autorización la cual estaba incompleta, esto causo que la usuaria se quedara sin su debida atención.

¿Tiene orden médica?: Si

¿Ya presentó su reclamo o solicitud ante la EPS o entidad responsable de garantizar los servicios de salud?: Si

Afectado: VALERY JHULIETA MARTINEZ ARIAS
Tipo de identificación: Registro civil
Número de identificación: 1076518308
País: Colombia
Departamento: HUILA
Municipio: GARZÓN
Dirección: CARRERA11 # 15 A 75
Teléfono: 3105653706
Celular: 3202625525
Correo: yennysierra1305@gmail.com

Peticionario: CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1077876357
País: Colombia
Departamento: HUILA
Municipio: GARZÓN
Dirección: CARRERA 1B N3-25
Teléfono:
Celular: 3105653706
Correo: gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com

Datos de la entidad denunciada:
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO - FAMISANAR

Atentamente: CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
Cédula de Ciudadanía 1077876357

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N.5 E 34 VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	10814397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26/03/2025	Erica Katherine L.	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	NIETO	COTACIO	FRANCY YORLAY

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

	Identificación: 25.464.874	
Dirección:	Tel. Fijo NO REPORTA	Celular 3222689309
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL	Correo electrónico: Francynieto56@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALENCIA	22/06/2014	1080187857	232113219	17/11/2022	SEGUNDA/YARI MILENA RUIZ
2	CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON	26/06/2007	T.I 1117971444	18033615	9/02/2024	SEPTIMA/ANYELA CABRERA
3	JHON FREDY ALEXANDER ABELLA CHAUX	2/10/2009	T.I 1.007.232.302	232111211	10-05-2024	SEPTIMA/ANYELA CABRERA
4	JEIMMY ADELAY PAJA CAMAYO	3/07/2024	R.C 1081428635	1764302878	27-09-2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA/ALONSO MARTINEZ

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

- Ydran: Nutrición operador el 22-05-2025, medicina General 4-06(2025, termino tratamiento odontologia 4-03-2025, Psicologia, General 21-04-2025.
- Cristhian: tiene Nutrición operador 20-04-2025, Oncologia 10-04-2025 Neuropsicologia, Dermatologia, Psicologia pendiente cita, ya estan autorizadas, odontologia tratamiento formulado, control joven febrero 2026.
- Jhon fredy: tiene Medicina General 18-06-2025, Junio Psiquiatria, 22-04-2025 psicologia General, Ya no consume medicamentos por decisión psiquiatria.
- Jemimy: tiene control 5-05-2025 medicina General, vacunación 05-05-2025, y crecimiento y desarrollo, Genetica 23-04-2025, Pediatria 27-06-2025, Nutrición 05-05-2025.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No X	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No X	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No X	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No X	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SI X No	SI X No	SI X No	Si X No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

- Yehan: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, cuenta con la garantia de los diferentes procesos, institucionalidad.
- Cristhian: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, inscrito a fictal, cuenta con la garantia de los procesos.
- Jhon fredy: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, esta inscrito a cuidante.
- Jeimmy: Recibe E.B cada 8 dias con progenitora, debido a la edad no cedira practicas de cuidado y comunicación, cuenta con la garantia de los procesos que requiera.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Powered by CamScanner

Carpeta legajada	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X		X			
Fórmulas Médicas	X		X		X		X			
Carné de Salud	X		X		X		X			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil	X		X		X		X			
Documento de Identidad	X		X		X		X			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X		X			X		
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Observaciones:

- Las carpetas de los usuarios se encuentran actualizadas, legajadas y archivadas, Jeimmy no cuenta con boletin debido a la edad no. Está inscrito al area educativa.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X			X		
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

- Usuario cuenta con la dotación, en optimas condiciones de aseo y uso personal. Cristian cuenta con la dotación.

Powered by CamScanner

en optimas condiciones de aseo y uso personal.

- Jhon Freddy: Cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y uso personal.
- Jeimmy: No cuenta con dotación escolar debido a la edad, la demás dotación esta en optimas condiciones de aseo y condiciones de uso personal.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la carpeta de la NNJ se encuentra actualizada a la fecha, archivada y legajada, las redes de apoyo actualizadas con la documentación y archivada correctamente al igual la composición familiar.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI X	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	X	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	X	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

la unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. tiene ventilacion e iluminacion natural, alimentos rotulados y alacenas con alimentos

Powered by CamScanner

en condiciones de consumo.

5.COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- No se dejan hallazgos.
Se recomienda a la MS continuar garantizando los procesos de los usuarios, de igual manera dar a conocer cualquier eventualidad que se presente con los usuarios ante el operador y Aut. Administrativa

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
V Diálogo con la madre o padre sustitutos.
V Diálogo con miembros de la familia.
V Diálogo con vecinos, instituciones, otros
V Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita FRANCY YORLAY NIETO COTACIO
Firma de la persona que realiza la visita Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita Francy Nieto
CC. 1010242019	TP 1010242019	CC. 25.464.874 DE INZA - CAUCA
Celular: 3112431071		Celular: 3222689309
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: francynieto56@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
	USO COMUN	
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cristian David Acosta C.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Pinto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Carmen Camilo A

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yohan sebastian jejia

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Prieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Castro Correa A

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yuris Judy Abella

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Pieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Catron Camilo A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con su dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por la edad

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Ramos A

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
	Franci Nieto.		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

No cuenta con Bienestarina.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Francy Nieto	Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Francy Morlay Nieto.

Dirección: Ciudadela San Miguel.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturi, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agricolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La unidad cuenta con elementos de protección, condiciones de aseo en optimas.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo A	Francy nieto
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Cristian Camilo A.	Francy Nieto.
cc. 1024230 T.P 10027/2019	C.C 25464871
Celular: 3112431071	Celular: 3222689309.
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN: 1 FECHA: 01/04/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/04/2022

FECHA: 28/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Freddy Nieto

CENTRO ZONAL: Fq Pereira

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Arias

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializo de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Francy Pinto

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27-03-2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 # 5E – 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
CRISTIAN CAMILO ARIAS	1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
17/03/2025	Diana Paola Roliche	ICBF

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido 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	DEFENSORÍA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
3						
4						

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

• Adan: Salió de la clinica Medical Grandes - Cundinamarca el 18-07-2021, ingresó el 22-07-2021, la MS se encuentra en tratamiento de ataques por: • 1, electrocardiograma de ritmo, p de superficie Sod, 12 psicoterapias individual por psicologia 3 por semana, 12 por mes, Aplicación de prueba por Neuropsicologia (cualquier tipo), Prueba Neuropsicologia (Prueba mal). 12 terapias fonoaudiologia integral, 12 terapias rehabilitación cognitiva. (las terapias 3 por semana, 12 por mes), examenes: Creatinina en suero y orina, la MS refiere que todo esta automado, pero no esta o tiene convenio Sanitas para las terapias fonoaudiologia, usa el grado 4to.

• Juan Jose: Se encuentra validando mediante guias, Pendiente cita Psiquiatria (no contestaron en tiempo hace llamada) tiene examen del estado de desarrollo del adolescente.

Se recomienda a la MS solicitar apoyo de la Gestora de caso para las citas y procesos de Adan Javier.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

- Adan: Visitado a cotidiano martes y jueves de 9 a 11am, no cuenta en eventos biológicos debido a que esta en adoptabilidad, el comportamiento se estroza por las falencias de autoconfianza, le gusta compartir, hacer aseo en la casa, consume todos los alimentos y buen patrón de sueño.
- Juan Jose: No cuenta con vinculación familiar en el Pard, mejoró el comportamiento, consume todos los alimentos, buen patrón de sueño, aún presenta dificultad con los hábitos de aseo personal,

Powered by CamScanner

ha presentado bajo rendimiento academico en la validación del bachiller, no cuenta con calificado escolar, porque estan en proceso de aprobación por parte del ICBF, pero si realizan ejias, participa en Colliviente y Gimnasio. como actividad extracurricular.

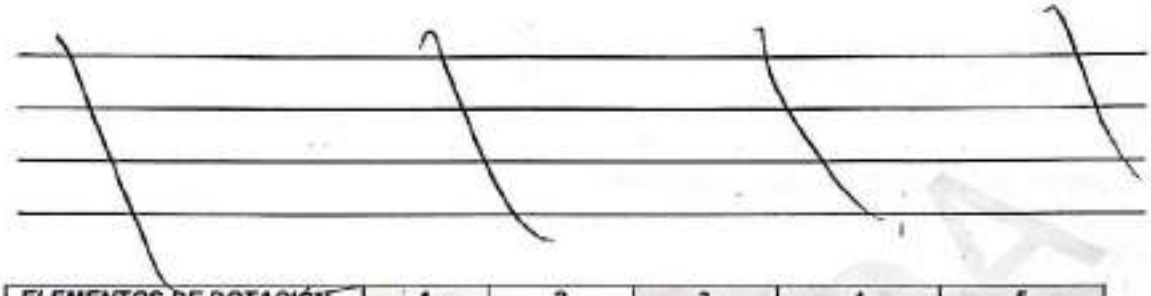
4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X							
Acta de colocación	X		X							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X							
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X							
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X							
Valoración Médica	X		X							
Formulas Médicas	X		X							
Carné de Salud	X		X							
Citas Médicas	X		X							
Registro Civil	X		X							
Documento de Identidad	X		X							
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X						
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X							

Observaciones:

- Adan: la carpeta se encuentra actualizada, legajada y debidamente archivada.
- Juan José: la carpeta se encuentra legajada, debidamente archivada, no cuenta con boletin escolar debido a que en el proceso de validación aún no suministran el documento.

Powered by CamScanner



ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X							
Personal	X		X							
Escolar	X			X						
Aseo e higiene personal	X		X							

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

- Adan! Cuenta con la respectiva dotación en optimas condiciones de aseo, uso y condiciones.
- Juan José! Cuenta con la dotación, no tiene dotación escolar porque aun no cuenta con el certificado escolar que debe presentar en el operador.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red	X		

Powered by CamScanner

de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la NJ se encuentra actualizada, legajada y archivada correctamente, igualmente la documentación de las redes de apoyo estan actualizados.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	S.

Powered by CamScanner

Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La Unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo y asepsia, ventilación e iluminación natural. los alimentos rotulados, alacena con alimentos para los usuarios.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- Se recomienda a la M) Solicitar apoyo de la Gestora de caso para dar cumplimiento a las citas y examenes de Adan Tavao y Jantoe Pai, de igual manera dar a conocer al operador o Aut. Administrativa cualquier eventualidad que se presente con los usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- X Diálogo con miembros de la familia.
- X Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

Powered by CamScanner

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita 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 Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita Sanda Dorado
CC. 1010242019	TP. 1010242019	CC. 36.380.700
Celular: 3112431071		Celular: 3112035890
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: marisandadorado@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan José Pari

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Sonia Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Cuesta A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Hansuda Dorado

Dirección: Calle 3 Sur # 7-13 B/ camilo Torres

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La Unidad de servicio cuenta con los elementos de protección pertenente, condiciones de higiene y aseo.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo A.	Sanda Dorado
Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A.	Firma: Sanda Dorado
CC. 1002420 T.P 1010241019	C.C 36 3[illegible] 400.
Celular: 3112431071	Celular: 311 2035880
Correo electrónico:	Correo electrónico: [illegible]

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27-03-2025	CENTRO ZONAL	la plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA	Monsalva Dorado		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

la Unidad No cuenta con Bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Sonia Dorado.	Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	Versión1 FEPEC-0018- 01/01/2022 FECHA DE APROBACION 01/01/2022

FECHA: 27-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Miryanda Dorado

CENTRO ZONAL: La Plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Arias.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?		
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Sandra Dorado
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo: ALEXIS CARDONA CALDERON

Fecha: 13 de marzo de 2025 0:00

Modalidad: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Responsable: GERALDINE CALDERON

Centro Zonal: GARZON

Motivo: DOTACIÓN UNIFORME ESCOLAR

CATEGORÍA **ESCOLAR**

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	UNIFORME ESCOLAR	CAMISA DIARIO	1
2	UNIFORME ESCOLAR	PANTALON DIARIO	1
3	UNIFORME ESCOLAR	CAMISA DEPORTE	1
4	UNIFORME ESCOLAR	SUDADERA DEORTE	1
5	UNIFORME ESCOLAR	MEDIA DIARIO	1
6	UNIFORME ESCOLAR	MEDIA DEPORTE	1

CANTIDAD TOTAL 5

Firma de quien recibe: _____

Firma de quien entrega: Geraldine Calderón

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	X		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social "Yo le cuido"	Calle 1A #5-52 B/ Trinidad	3182411 98

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menetes.	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 Menetes.	Fundacion Social "Yo le cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Narvaez	Ijají	Maryen Lucía.
	Identificación: 25292920		
Dirección: Carrera 12A #9A – 28		Tel. Fijo /	Celular 3177114161
Barrio:	Correo electrónico: Maryen1312@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Yader Esteban Gonzales	30/08/2008	1.084.254.396	23599182	29-02-2024	Defensoría Tercera Cristina Ndrea
2	Hector Stiven Samboni	02/10/2014	1083986262	Sin Inf.	11/08/2023	Comisaría Familia S. Agustín.
3	Ustin Santiago Murillo	04/10/2016	1.114636348	23663163	02/09/2024	Defensoría Sexta Javier Cumbe.
4	Union Andres Ospino	26/08/2021	1083939332	23703295	06/12/2024	Defensoría Sexta Javier Cumbe.

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Todos los menores se encuentran estudiando, Unos esta esperando cupo para entrar al jardín. El estado nutricional esta bien para todos y estan cumpliendo con los habitos

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No X
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Yader esta declarado en adoptabilidad, Ivan, Dylan y Hector tienen encuentros bulegicos
Disfrutan de entornos protectores todos los menores.
Realizan practicas de autocuido y se encuentran 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			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil		X		X		X	X			
Documento de Identidad	X		X		X			X		
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X		X		X		
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Tienen su respectiva documentacion al día. No se evidencia ninguna novedad en este item.

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 dotacion tanto básica, personal, escolar y de aseo general 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.

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con toda la documentación requerida, conforme a lo estipulado con papelería actualizada. lo que evidencia su compromiso y deligencia 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
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La vivienda cuenta con su infraestructura adecuada para el bienestar de cada usuario.
Espacio, aseo, orden y demas aspectos.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Doña Mayen se destaca 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.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
____ Diálogo con miembros de la familia.
____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Lucy Katalina Menezes	Maryen Lucia Navaez.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Katalina Menetes.	Maryen Lucia Navaez.
CC. 1007750847 TP. 1007750847	CC. 25292920
Celular: 3156777849	Celular: 3177141161
Correo electrónico: trabajosocial.pitalito@gmail.com	Correo electrónico: maryen2312@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31 - 03 - 2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Katalina Menezes.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta: Excelente labor. - Felicitaciones.

Maryen Lucia Narvaez.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	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	1 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
Sabanas	5	B. Estado
Protector de colchón	5	B. Estado
Toldillo	N/A	/

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACIÓN 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.

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3-80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: Maryen Lucía Narvaez.

Dirección: Carrera 12 A - 9 A - 28 - Calamo.

No.	Condiciones habitacionales	Cumple	No cumple
1	Sin goteras.	X	
2	Sin grietas.	X	
3	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
4	Puerta seguras y con buen mantenimiento.	X	
5	Sin humedad.	X	
6	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
7	Ventilación e iluminación natural.	X	
8	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
9	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
10	Baños con puertas seguras.	X	
11	Sanitarios en perfecto estado.	X	
12	Espejos en perfecto estado.	X	
13	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
14	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
15	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
16	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
17	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: 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: trabajosocial.pitalito@gmail.com		Correo electrónico: maryen2212@gmail.com	

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/03/2025

Hogar Sustituto	**Vulneración**	■	**Discapacidad**		**Tutor**		
Hogar de paso		**Familiar**		**Casa hogar**			

Regional Huila Centro Zonal La Plata

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N. 5 E -34 VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC	Celular
CRISTIAN CAMILO ARIAS	1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita		
26/03/2025	Erica Katherine. Rodriguez	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	CHIMBACO	MARÍN	MIREYA
	Identificación: 36.383.845		
Dirección: Calle 5 A Sur N° 17-24		Tel. Fijo No tiene	Celular 314-4829482
Barrio: Nuevo Horizonte		Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	x	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	JUAN CARLOS PAZ QUILINDO	17/02/2013	T.I 1081415451	23434646	28/02/2023	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ALVAREZ
2	LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO	8/06/2011	T.I 1081412013	23438091	21/07/2023	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
3	NELLY COMUENDO MORALES	12-09-2010	T.I 1.026.578.853	33440445	8/10/2014	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SI X No	SI X No	SI X No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

- Juan Carlos: tuvo seguimiento por psicología general el 25-02-2025, tiene control en 1 mes, • risperidona Respiridona 1 mg antes de dormir, ha tenido comportamiento regular. por tomar el espejo de un vecino.
- Luisa: Probablemente la fluoxetina le está causando la Prolactina alta, expulsa líquido blanco por los dos senos, la MS la llevo al hospital el medico le mermo la dosis del medicamento a 2 cc al día, y respiridona 0,5 mg en la noche, tiene pendiente cita por psiquiatra 28-03-2025, odontología 20-06-2025, tuvo Psicología 10-03-2025, tiene control psicología clínica c/2 meses por consulta externa, psicología general 25-03-2025 control c/3 meses.
- Nelly: tiene pendiente en el resección de tumor benigno en el Hospital pendiente cirugía (fecha y hora) el hospital ya tiene los documentos.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si NX	Si NX	SiX No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	SX No	SX No	SiV No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

- Juan Carlos: Es organizado, consume todos los alimentos, hurto un equipo donde un recino y se lo trajo para la unidad de fauna →

Powered by CamScanner

Participa en talleres artesanal extracurricular, Asiste cita por Psicología 26-03-2025 en Bogota. • Juan! Es la vinculada a dibujo, en cultivarte, inglés, fotografía. • Nelly! Esta vinculada a guitarra en la casa de la cultura los lunes, martes y miercoles.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas	X		X		X					
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X		X					
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X		/	X				
Registro de Experiencias – con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

- Juan Carlos! La Carpeta esta actualizada y legajada correctamente.
- Julian! La carpeta esta actualizada y legajada correctamente
- Nelly! La carpeta esta debidamente archivada, no cuenta

Powered by CamScanner

con boletin debido a que se encuentra validando en la I.E Miguel Pastrana Borrero. los grados sexto, Septimo y octavo, solo cuenta con certificado escolar, esta Proximo a culminar texto por medio de guias que suministra el Colegio.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X		X		X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los usuarios cuentan con la dotacion en optimas condiciones de uso, aseo e higiene.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		

Powered by CamScanner

Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la MS se encuentra organizada.
-La red de apoyo Natalia Chimbaco tiene vencido el certificado Medico, la demás información se encuentra actualizada a la fecha, el señor Norbey Chimbaco fue egresado de la composición familiar por voluntad y decisión de la MS.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI X	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

Powered by CamScanner

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La Unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. los alimentos rotulados debidamente, alacena con alimentos, espacios iluminados, con ventilación natural

Powered by CamScanner

COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros).

- Se recomienda a los NNA actualizar certificado medico de la red de apoyo clotalia chamico.
Continuar garantizando los pagos de los viajes y dar a conocer cualquier eventualidad que se presente con los usuarios que le el operador y autoridades Administrativas.

Actividades desarrolladas en la visita:

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- X Diálogo con miembros de la familia.
- X Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- X Condiciones satisfactorias
- _____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- _____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- _____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita MIREYA CHIMBACO MARIN
Firma de la persona que realiza la visita Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita Mireya Chimbaco
CC. 1010242019	TP.1010242019	CC. 36.303.845
Celular: 3112431071		Celular: 3143030166
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com

La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PSVFO-6003- 01/03/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/03/2022

FECHA: 27-03-2023

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Mireya Chimbaco

CENTRO ZONAL: la plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Ariza

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realizo la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializo de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al ingresarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Mireya Chimbaco.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27/03/2025	CENTRO ZONAL	la planta

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Mireya Chimbaco.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

la unidad de Servicio no cuenta con bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Mireya Chimbaco	Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Mireya Chumbaco

Dirección: Calle 3 A sur # 17-24 B/ Nuevo Horizonte

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

la unidad cuenta con todos los requisitos y elementos de protección, higiene y aseo.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo Arias	Mireya Chimbaco
Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A.	Firma: Mireya Chimbaco
CC. 1060472099 T.P 1060472010	C.C 36.393.848
Celular: 3124721091	Celular: 3143030166
Correo electrónico:	Correo electrónico: mchimbaco@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champù	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan Carlos Paz Quilindo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yuvega Chimbaco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotacion

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Luisa Fernanda paz Quilindo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Hireya Chumbaco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	Y	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Nelly Camuendo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Mireya Chimbaco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 13/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	■		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila_____ Centro Zonal la plata_____

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Calle 13 # 5E – 34 VILLA DEL PRADO	**31224564343**

Profesional que realiza el seguimiento:

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C	CELULAR
SHIRLEY GONZALEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
13/02/2025	Cristian Camilo Arias. A	Fundacion social yo te cuido

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Solórzano	Cardozo	Olga Beatriz
	Identificación: cc 36381366		
Dirección: Carrera 4 # 2ª - 99 SUR		Tel. Fijo No tiene	Celular 3115996113
Barrio: San Rafael		Correo electrónico: olgasolorzano0512@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico X ☐ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	MARIANA ACENET ACOSTA GUTIERREZ	21-04-2010	T.I 1145825663	23439371	01-05-2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA- LA PLATA
2	YORLAN DAVID SANCHEZ HERNANDEZ	14/01/2022	R.C 1081427260	234400237	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
3	NORBY VANESA SANCHEZ HERNANDEZ	4/03/2020	R.C 1080267926	23440239	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad

Powered by CamScanner

4	MARIA ISABELA SANCHEZ HERNANDEZ	17/07/2014	T.I 1081418084	23440240	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
5						

* Anule los renglones no utilizad

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5	
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si	No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si	No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si	No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si	No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si	No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si	No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si	No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si	No

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Mariana: atenciones en salud al dia, tiene atencion para terapias ocupacionales a la espera de asignacion de cita por la EPS, atencion por psiquiatria el 9 de enero donde fue dada de alta y cuando sea reintegrada al medio familiar, Pendiente asignar cita por Psicologia para el mes de marzo, asiste a extramurales a colmena de lunes en la semana, Bien alimentada.

Yatin: atenciones en salud al dia, pyp a crecimiento y desarrollo el 11 de marzo control en 1 año es remitido para pediatria en la MS se encuentra gestionado solicitud para la asignacion de la cita, Pendiente cita con nutricion EPS ya que tenia el control en el mes de febrero asignada para el 14 de marzo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.					
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Nohoy: atenciones en salud al día, control por Psicología pregestacional para el 19 de marzo, control de CyD en agosto. Escolarizados Institución educativa Miguel Antonio en el grado transición.

Maria Isabel: Control del joven para agosto, Psicología cita por EPS para el 19 de marzo, odontología tratamiento activo, Escolarizada en la institución educativa Luis Carlos Trujillo desde su nivel grado tercero

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X			

Powered by CamScanner

Acta de colocación	X		X		X		X				
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X				
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X				
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X				
Valoración Médica	X		X		X		X				
Fórmulas Médicas	X		X		X		X				
Carné de Salud	X		X		X		X				
Citas Médicas	X		X		X		X				
Registro Civil	X		X		X		X				
Documento de Identidad	X		X		X		X				
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X		X		X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X				

Observaciones:

Carpeta debidamente legajada, documentación al día y organizada para cada niño según las necesidades de cada uno.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X		X			
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación).

Cada uno de los niños cuenta con dotación al día y en buen estado, orden evidente en la tenencia de cada

Powered by CamScanner

Una de las visitas de la entidad.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Documentación al día y actualizada. con todo lo que se requiere.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

Powered by CamScanner

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Unidad de servicio con evidente orden y aseo. alimento debidamente tapados y almacenados habitaciones aseadas y organizadas.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros).

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

1 Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Nory Shirley Gonzalez O.		OLGA BEATRIZ SOLORZANO
Shirley Gonzalez		Olga Beatriz Solorzano C.
CC.1081397052	TP. 172058	CC. 36.381.366
Celular: 3147988238		Celular: 3115996113
Correo electrónico: hspsicologialaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: Masanchez09@misena.edu.co

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	/
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Mariana cuenta con su dotacion al dia y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Mariana Gutierrez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga escobar Solorzano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Isabela tiene su dotacion al dia y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Maria Isabela Sanchez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga Beatriz Solorzano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gantiva

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Betún tiene su obtusión y lecha entera c/u.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga Beatriz Solano C

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Nabg cuenta con su dotacion y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga. Beatriz Solano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Olga Beatriz Solarzano Cardoso			

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

La unidad de servicio no tiene este alimento nutricional, la madre solicita hacer la peticion para que pronto le sea entregada.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Olga Beatriz Solarzano C.	Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Olga Beatriz Soto Zero

Dirección: Cra 4 # 29-98 Sur.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	N/A	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	y	
26	Paredes limpias.	y	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	x	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	x	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	x	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	x	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	x	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturi, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	x	
41	La herramienta que se ubiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	x	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	x	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	x	

OBSERVACIONES

la unidad de servicio cumple con los requerimientos.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Nay Shirley Gonzalez O.	Olga Beatriz Solarte.
Firma de la persona que realiza la verificación: Shirley Gonzalez	Firma: Olga Beatriz Solarte L.
CC. 1085917052 T.P 170058.	C.C 36.381.366.
Celular: 3147888823.	Celular: 3115796113
Correo electrónico:	Correo electrónico: olgasolarte0812@gmail.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0008- 31/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/09/2022

FECHA: 13/09/2025.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Olga Beatriz Sobrano

CENTRO ZONAL: La Piedra

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X		
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X		
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X		
4. ¿Como fue la actitud del profesional durante la visita?		X		
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?		X		
		X		

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Que continuen visitandonos

Olga Beatriz Sobrano C.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	■	Discapacidad	■	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional _____HUILA _____Centro Zonal _____LA PLATA _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 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
17/03/2025	erica katherine	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	CALDERON	USECHE	WILSON
	Identificación: 12271684		
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	X	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	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	2°-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.

Powered by CamScanner

	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 X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X	Si No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

- Maurel: tiene pendiente odontologia 31-03-2025, vacunas 25-04-2025, control joven mayo cuando cumpla 16 años, psicologia Mayo.
- Sharit: Psicologia en junio, Higiene oral Junio, odontologia 31-03-2025.
- Luz Para: Control en Abril, Nutricion Junio, odontologia mayo, higiene oral abril.
- Zahir Alahuan: Nutricion #3 tuvo 17 marzo, control primera infancia 4 marzo, Uscaras tuvo 21 marzo, pendiente Pediatria.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

• Maura: recibe E.B con la linea materna, cuenta con todos los procesos, participa en bienestarina, es malgenciada pero se le para rayo, responsable con el estudio • Shont: recibe E.B con el padre, cuenta con todos los procesos, esta en colegio, es mentirosa, raya las paredes, la mas la cuenta. • Isisol: recibe E.B con la abuela, no aplica por la edad para actividad extracurricular, en comportamiento ha estado peleando en el hogar infantil, actua de acuerdo a la edad • Zahir: consume los alimentos, duerme bien, no ha presentado complicaciones en salud. esta bien nutricionalmente.

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			

Powered by CamScanner

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:

- Maren: Cuenta con toda la documentación actualizada a la fecha y registro de experiencia bien diligenciado.
- Shanit: Cuenta con toda la documentación actualizada, registro de experiencia bien diligenciado.
- Luisa: No cuenta con boletin escolar debido a que aun estan en Hogar infantil.
- Zahir: la documentación esta actualizada a la fecha, no cuenta con boletin 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 optimas condiciones de aseo y uso personal, Zahir no cuenta

Powered by CamScanner

con dotación exclar debido a la edad.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI X	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

la Unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, orden y asepsia, los

Powered by CamScanner

alimentos adecuadamente rotulados, la dotena con alimentos en optimas 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		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la carpeta de la MJ se encuentra actualizada, legajada y archivada correctamente a la fecha. la documentación de las redes de apoyo y composición familiar actualizados.

Powered by CamScanner



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:

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- X Diálogo con miembros de la familia.
- X Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- X Condiciones satisfactorias
- ____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita 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 Cristian Camilo Arias		Firma de la persona que recibe la visita MagdalenaQ
CC.1010242019	TP 1010242019	CC. 12271864
Celular: 3112431071		Celular: 3217612621
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@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 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	26/03/2025	CENTRO ZONAL	la plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
	Wilsen Calderon		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:	
No Cuenta con Bienestarina	
FIRMA MADRE SUSTITUTA Magdalena Q Red de apoyo	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL Cristian Camelo A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Wilson Calderon

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	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	X	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	X	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES

La Unidad de Servicio cuenta con los elementos de protección y optimas condiciones de asepsia.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristian Camilo Arias	Wilson Calderón
Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A.	Firma: Magdalena Q
cc. 1004[illegible] T.P [illegible]	c.c 19271864
Celular: 3112[illegible]3071	Celular:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FRVTC-0015- 01/02/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/02/2022

FECHA: 28/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: urbon Gaviria

CENTRO ZONAL: La Plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Ruiz

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

El profesional fue respetuoso, realizo bien la visita.

Magdalena R

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Mauren Gonzalez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Magdalena G

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arias

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Magdalena Q

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Magdalena R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Magdalena R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/08/2025

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 # 5E – 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
21/03/2025	Diana Paola Poliche	ICBF.

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	ARANDIA	MARTINEZ	YOHAIRA
	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	KARÉN SOFIA CACERES ARGOTY	23/11/2010	T.I 1,145,826,216	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.

5	INGRID LORENA MUSE ALONSO	14/10/2024	R.C 1.062.096.627	2341400	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.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si No X	Si X No	Si No X	Si No X	Si X No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No

Recibe atención psicosocial	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No

Descripción general de lo encontrado:

Karen: Cuenta con atenciones de salud al día, higiene oral para el 4 de agosto del 2015, tratamiento de odontología terminado, control del joven para valoración del 2019, citas por Psiquiatría para el 2 de abril, control de Psicología el 9 de abril; citas en Psicología clínica para el 11 de abril. Vinculado extraescolar fútbol Pendiente vinculación escolar. Daniela: atenciones en salud al día, higiene oral para julio, tratamiento de odontología terminado, control del joven para 16 de marzo, Psiquiatría cita pendiente por ajustar, Neurología pendiente por cirugía, se envían exámenes, Psicología 30 de abril, vinculada al sistema escolar, bilingüe. Melany: Atenciones en salud al día, vinculada (3 meses) con atenciones en la EPS y Red por medicina general, atención en psicología 1 de abril, pendiente toma de exámenes, inicia tratamiento de odontología, pero a control del joven sin vinculación al sistema educativo por determinaciones de la autoridad administrativa. Visita a extraescolares. Bien.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular	Si X No	Si No X	Si No X	Si No X	Si No X
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No

	1	2	3	4	5
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No

Descripción general de lo encontrado:

Señala: adulto que se encuentra en medida hospitalaria en la Clínica Head de Neiva donde recibe tratamiento por Psiquiatría y demás especialidades, vinculado a la ES Alineth Yuliet Cantencisco en la etapa Inicial: Ingreso a la medida el 25 de marzo y se adelantan atenciones en salud cuenta del 1 de abril con las especialidades de medicina general, odontología, control del joven y psicología.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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 niños cuenta con sus atenciones en salud al día y cada uno con su documentación requerida según atenciones que cada uno requiere.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			X
Personal	X		X		X		X			X
Escolar		X	X			X		X		X
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			X

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Kaven, Maluny = no tienen dotación escolar debido que son 12 años vinculados al sistema educativo. Ingrid ya le han solicitado dotación inicial debido que ingresó el 25 de marzo y se encuentra de vacaciones.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Observaciones:

Documentacion al dia y diligenciada.

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
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Unidad de servicio en condiciones adecuadas de aseo y orden, alimentos necesarios para la alimentación de los usuarios, utensilios en orden, la ropa de los usuarios debidamente limpios, cada cuarto cuenta con ventanas para ofrecer el 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:

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- _____ Diálogo con miembros de la familia.
- _____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- _____ Observación a vivienda, dotación, otros

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__λ__ 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 YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez	Firma de la persona que recibe la visita YOHAIRA ARANDIA M
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**

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 VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	■	☐	☐

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar
	☐	☐

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 # 5E – 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
06/11/2025	Diana Paola Poliche	ICBF.

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	ARANDIA	MARTINEZ	YOHAIRA
	Identificación: 55.131.290		
Dirección: CARRERA 6 N° 8-68		Tel. Fijo	Celular: 3166034632
Barrio: BARRIO SAN RAFAEL		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	INGRID LORENA MUSE ALONSO	11/08/2007	TI 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 ENCONTRADA

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si No	Si 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 X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si No X	Si No	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Brenda: Se le hace traslado a la EPS Nueva para atenciones en salud en el municipio de la plata, integrada al hogar sustituto el 25 de marzo, le MJ ya cuenta con atenciones en salud.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si / 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

	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 madre es la progenitora quien cuida de ella en el ciclo 1 de jardín, se evidencia un buen vínculo 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	X									
Acta de colocación	X									
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X									
Valoración/Seguimiento Psicológica	X									
Valoración/Seguimiento Nutricional	X									
Valoración Médica	X									
Fórmulas Médicas	X									
	X									
Carné de Salud	X									
Citas Médicas	X									
Registro Civil	X									

Documento de Identidad	X										
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X										
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X										

Observaciones:

Carpeta iniciada con soportes y lista para ir alimentando con la documentación que se preparan de las diferentes atenciones medicas 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 llego hace dos días a la modalidad de atención y se hace bajo los terminos 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		

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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	X		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Documentación de la carpeta de la madre sustituta al día 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
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 cocina condiciones de aseo alimentos necesarios para la alimentación diaria.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

__1__ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
__X__ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__1__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__1__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita YOHAIRA 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: Yohsta2884@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato**

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	1	
Cepillo dental	1	
Peinilla o cepillo	1	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	1	
Champú	1	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Bianca cuenta con su dotacion en aseo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No Firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : YOHANA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		X
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	1	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Ingrid Lorena recibe con buena actitud el aseo y cambio.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Ingrid Lorena Mose Arosa

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [illegible]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [illegible]

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Karen Cuenta con su dotación de aseo correctamente.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Sofia Cabrera A...

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : RHAIRA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Daniella cuenta con su dotacion al dia y correcta

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Daniela Melendez Urbano

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : FABIOLA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	1	
Ceda dental	1	
Maquina de Afeitar	1	
Desodorante	1	
Toallas higiénicas	1	
Peinilla o cepillo	1	
Tapabocas dos unidades por cada niño	1	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	1	
Bloqueador solar	1	
Champú	1	
Crema dental	1	
Papel Higiénico	1	
Gel Antibacterial	1	
Cepillo y betún para zapatos	1	

OBSERVACION GENERAL
Melany Cuenta con su alimentación y Vivienda.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Melany Fernanda Flores S.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : SHAIRA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez.

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Se realizan se le hito (1) seg detección a los cuneos.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : SHAIRA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Andrea Gonzalez

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA	Yohaira Aranda.		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

La unidad de servicio no cuenta con bienestarina.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
YOHAIRA ARANDA M.	Shirley Gonzalez

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Yolanda Arandel

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.	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	1	
26	Paredes limpias.	1	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	1	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	1	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	1	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	1	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	1	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave.	1	
41	La herramienta que se utiliza para actividades agricolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes.	1	
42	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	1	
43	En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	x	

OBSERVACIONES

La Unidad de servicio cumple con condiciones locativas.

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 de la persona que realiza la verificación: Shirley Gonzalez.	Firma: CRISTIAN MORAN.
CC. T.P 17058.	C.C 5513290 de pbta
Celular: 3147988239	Celular: 3166034632.
Correo electrónico:	Correo electrónico: yohta2884@hotmail.com

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FOTO-0035- 01/03/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/03/2022

FECHA: 28/03/2025.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yohanna Arandela.

CENTRO ZONAL: El Prado.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Contreras

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:
Felicitar a la Psicologa por el tiempo y apoyo.

RAMIRA ARANDA M

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 28/03/25

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Yotecuido	Cll 1 #5-52 Barrio Unidad.	3206273470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny A. Quintero	1097392014	3206273470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
02/25	Lucy Katalina Heneses	Fundacion Yotecuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Sanchez	Rojas	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 realizaran el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Dirección: Cll 3 # 54-26.	Tel. Fijo —o—	Celular 3142618535
Barrio: La Pradera	Correo electrónico: Patolin.Rojo@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Sniki Sofia Alvia Vallejo	31/09/2017	1093429544	2360125214	12/04/2024	D. Comisaria Claudio Lopez
2	Kevin Mateo Males Realpe	29/03/2020	1045325209	23510812	12/07/2024	Javier Conde D Sanidad.
3	Sebastian Cuacon Cuellar	23/07/2019	1144633205	23[illegible]23.	12/07/2024	Claudio Hanan D. Familia
4	Alexander Samanate.	24/06/2000	1004411813	23100388	12/07/2024	Ariel Hanan. D. Comisaria f.
5	Nathaly Sofia Vargas.	12/07/2011	1115449404	23588067	12/07/2024	Ariel Hanan V. D. Comisaria

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ 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:

Alexander no se encuentra vinculado a Educacion, ni esta adelantando acciones para su Proyecto de vida

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

debido a su discapacidad todos los demas usuarios cuentan con buena salud se encuentran adelantando acciones para su proyecto de vida, reciben atencion Primaxcal.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ✓ No	Si No ✓	Si No ✓	Si No ✓	Si No ✓
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No ✓	Si ✓ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No ✓	Si ✓ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No ✓	Si ✓ No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No ✓	Si ✓ No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No ✓	Si ✓ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

De todos los usuarios Sólo Salita Vallejo Cuenta con Encuentros biológicos, los demas NO, todos Participan en actividades Recreativas., Disfrutan de entornos Protectivos. Expresan libremente Sentimientos y emociones. Mantienen buena Convivencia en la dinamica 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 agilizar todas las atenciones en Salud a fin de poder Ver todas las especialidades.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	/		/		/		/		/	
Personal	/		/		/		/		/	
Escolar	/		/		/		/		/	
Aseo e higiene personal	/		/		/		/		/	

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Alexander Samuel es el unico usuario que no cuenta Con Dotacion escolar debido a su discapacidad, Pero le hacen entrega de dotacion estimulacion juegos.

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.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

la unidad de Servicio Presenta buenas Condiciones de Aseo, higiene y aptitudes 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 evidenciar que:

Mireth Ariza: asistio a Control de infancia el 19 de febrero. Con control en 1 año, Mediana General 12 de febrero, odontologia asistio el 10 octubre. control en abril, higiene oral tiene control en mayo, optometra asistio en marzo (7) - 2022- para nuevamente optometra asistio a nutricion el 11 de febrero con Proximo Control en abril, asistio a Prueva cognitiva el el 6 de marzo, le entregan resultado en abril, asistio a otorrinolaringologia el 12 de marzo. Dermatologia asistio el 17 de diciembre Con Proximo control en abril. 25, asistio a Psicologia el 8 noviembre, tiene que asistir nuevamente Con resultado de Prueva cognitiva.

Sebastian Garzon Cuellar: asistio a control de infancia en Julio tiene nuevamente Control en

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Mes del 23, medicina General en marzo, odontología pendiente para 23 mayo, Homeopatía 23 marzo, control de ortopedia. 30 octubre. Oftalmología cuenta con autorización especialista, Pediatría pendiente en abril, pendiente autorizar para abril, Psicología para el mes de mayo. neuropsicología agosto, neuropediatría abril 25, agosto Bienestar, agosto 9 terapias físicas, fonoaudiología, ocupacional, integral. tiene pendiente resonancia y abril.

Sonia Sofía asiste a medicina General 19 febrero odontología Pendiente para marzo. Pediatría agosto. Diciembre Pendiente para el mes de abril, autorizan agosto en febrero, Psicología agosto el 19 de marzo Continua en controles mensuales Pase por neuropsicología el 24 de febrero tiene pediatría en abril 25.

Alexander Semanate: Asiste a neurología 28 febrero Con Control en mayo, fisiatría control agosto. autorizan mayo; Exámenes 18 marzo.

Fecha motivo malos: medicina General en abril, pediatría. Autorizan agosto en marzo, endocrinología julio Fisiatría en marzo, ortopedia. junio.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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. 1097297014 TP. 166100	CC. 36275064
Celular: 3206227470	Celular: 3142618535
Correo electrónico: alexq-1691@hotmail.com	Correo electrónico: patolin.rojo@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>

SOLICITUD CERTIFICADOS ACADEMICOS DEL USUARIO ALAN DAVID ESPAÑA CURACA

4 mensajes

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com> 12 de marzo de 2025, 16:05

Para: Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>

12-03-2025

Pitalito - Huila

Doctor
Claudio Hernan lopez
Defensor cuarto de familia

Cordial saludo

De manera atenta y respetuosamente me dirijo a su despacho con el fin de solicitar
los soportes académicos para que la madre sustituta logre realizar la vinculación nuevamente.
a sistema académico ya que a la fecha el usuario no cuenta con el mismo
de esta manera solicita de su apoyo para lograr garantizar el acceso a la misma y el cumplimiento de este derecho fundamental

Atentamente

Nicolas Castaño
Gestor de caso
Contacto: 3118241198
Fundacion social yo te cuido

Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co> 12 de marzo de 2025, 18:04

Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>

Buenas tardes; en atención al correo que antecede me permito solicitar muy comedidamente se me informe la unidad de servicio en la que se va a ubicar a los hermanos España Curaca, toda vez que Liam se encuentra en una unidad de servicio en el corregimiento de Guacacallo de donde es oriundo el niño, por lo que la ms ha reportado riesgo para el niño en razón a que los familiares ya conocen de la ubicación del niño; en lo atiente a Alan David España Curaca solicito el cambio de unidad de servicio en procura de garantizar integración familiar con su hermano y en ocasión al reporte realizado por la fundación en la unidad de servicio

Esperando contar con su oportuna colaboración me suscribo de Ustedes muy agradecido

Cordialmente,

Claudio Hernan Lopez Gutierrez
Defensor De Familia
Defensoría De Familia 4
ICBF Centro Zonal Pitalito – Regional Huila
Carrera 15 N° 1-84 B/ Halcones
Teléfono: 608 8369220 Ext. 841003
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>
Enviado: miércoles, 12 de marzo de 2025 16:05
Para: Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co>; FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>; COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>; Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>
Asunto: SOLICITUD CERTIFICADOS ACADEMICOS DEL USUARIO ALAN DAVID ESPAÑA CURACA

[El texto citado está oculto]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com> 12 de marzo de 2025, 18:17
Para: Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>

Doctor
Claudio Hernan lopez
Defensor cuarto de familia

Como es de su conocimiento y de conocimiento en el centro zonal al momento tengo 6 usuarios para reubicar por el cierre de 2 unidades de servicio quese realizaron el trascurso de esta semana (de la señora mireya, y de la señora claudia) al momento contamos con 9 madres y contamos con 38 cada una de nuestras unidades se encuentran en sobre cupo lo cual nos ha imposibilitado reubicar a los 6 usuarios que tenemos pendiente, y lo cual me imposibilita reubicar a alan y liam de manera atenta y amable solicitamos de su apoyo para lograr reubicación en el municipio de garzón donde se cuenta con UDS disponibles

Atentamente

Nicolas Castaño
Gestor de caso
Contacto: 3118241198
Fundacion social yo te cuido

[El texto citado está oculto]

Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co> 13 de marzo de 2025, 8:11
Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>
Cc: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>

De conformidad con el correo que antecede se autoriza la ubicación de los hermanos en el municipio de Garzón, Huila, no obstante, se debe garantizar que los encuentros biológicos se

realicen en el municipio de Pitalito, Huila.

Cordialmente,

Claudio Hernan Lopez Gutierrez
Defensor De Familia
Defensoría De Familia 4
ICBF Centro Zonal Pitalito – Regional Huila
Carrera 15 N° 1-84 B/ Halcones
Teléfono: 608 8369220 Ext. 841003
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>
Enviado: miércoles, 12 de marzo de 2025 18:17
Para: Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>; COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>; Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>
Asunto: Re: SOLICITUD CERTIFICADOS ACADEMICOS DEL USUARIO ALAN DAVID ESPAÑA CURACA

[El texto citado está oculto]

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 23/03/25

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social Yo te cuido	Cl 41 A # 5-52 Barrio Unidad	3206227470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny A. Quintero	1073697014	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
24/02/25	Jenny Alexandra Quintero	Fundacion Yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rosas	Ramos	Yeni Andrea
	Identificación:		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Dirección: Curegimiento Guacacayo	Tel. Fijo: -o-	Celular: 3114662015
Barrio: Canto Poblado	Correo electrónico: Yeni Andre30521@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Shaira Melissa Celis Rodriguez	31-07-15	1174174332		30-12-24	Prima Fenix Niños C. S
2	Maria Jose Salgado	30-09-2019	1083892928	2318062	11-12-2018	Claudia H. D Cuarto F.
3	Astrid Nicol Mugan Tique	16-07-2011	1076910049	2354943B8	12-12 2024	Claudia H. D. Cuarto F.
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	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:

las usuarias cuentan con afiliación a Salud, cuentan con buenas condiciones de Salud, se encuentran vinculadas a Educación

Powered by CamScanner

Reciben atencion Psicosocial y se encuentan adelantando acciones para su Proyecto de vida, cuentan Con Seguimiento Juridico en el area escolar.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Ninguna de las usuarias cuentan con encuentros biologicos. todas estan vinculadas a actividad para ocupacion el tiempo libre, Actividad Ncol no mantiene buena Comunicacion Asertiva, mantiene mala convivencia con Shaira, las niñas Cuentan con antunes Proteccion, explican Sentimientos y Encuentros

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 usuarias Cuentan Con carpeta debidamente actualizada y archivada, Se evidencia orden, se recomienda archivar atenciones de Salud al dia.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓					
Personal	✓		✓		✓					
Escolar	✓		✓		✓					
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

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 estar Pendiente de actualizacion de Antecedentes disciplinarios

Powered by CamScanner

Se realiza observación de archivo de documentos, antecedentes disciplinarios

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	NO	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	NO	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

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

la unidad de Servicio cuenta con apoyo psicosocial para la habitabilidad de la usuaria.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

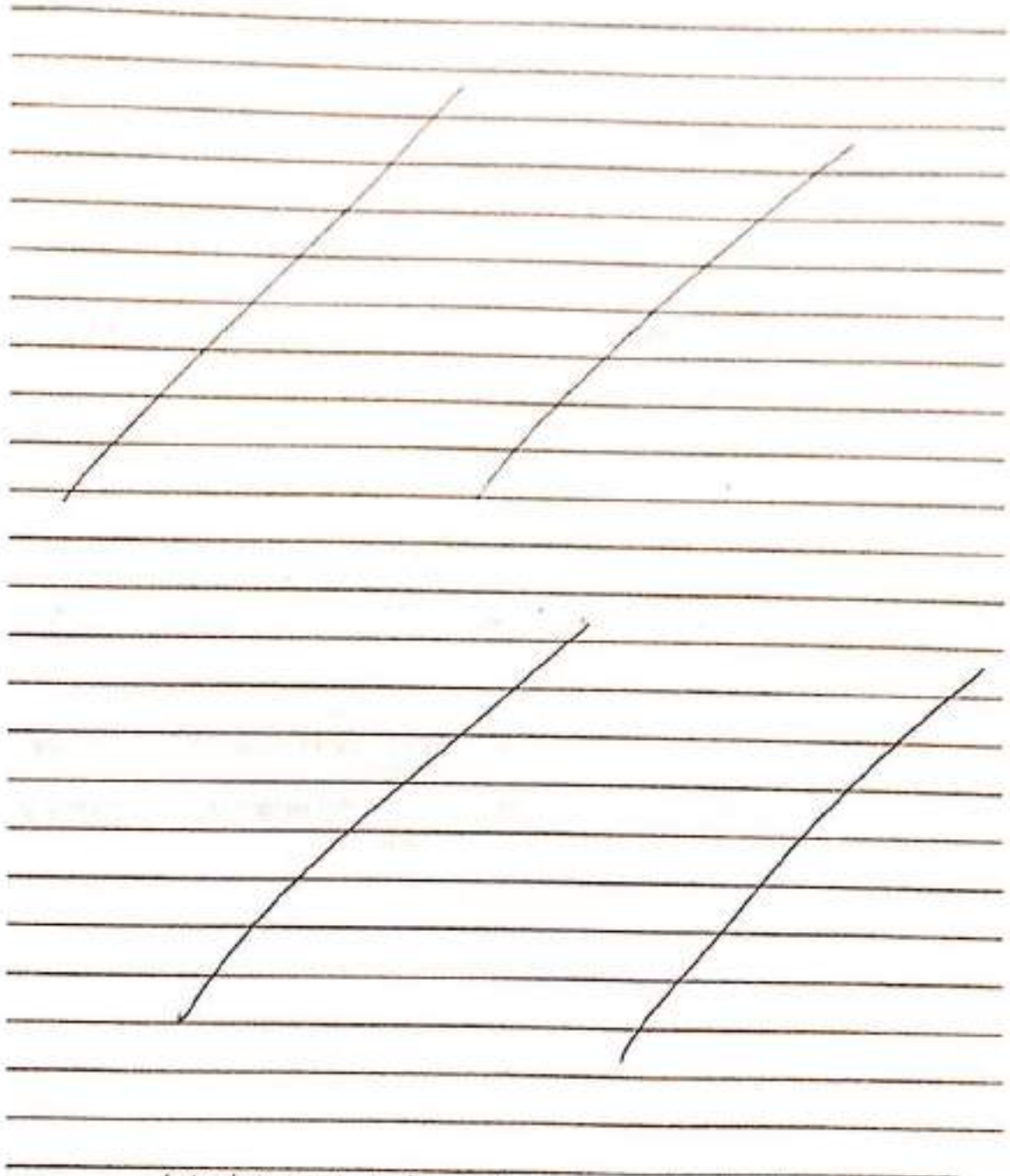
la Madre sustituta se encuentra al día en citaciones en salud, se evidencia cada en carpeta y asistencia oportuna en citas a salud.

la Dinamica Familiar ha mejorado, donde se continua trabajando el limites, reglas y normas del hogar.

la madre sustituta informo de entrega de ustedes para asistir a citas medicas. Por lo que no es culpa de ella si se afectan las atenciones

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

_____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 Yeni Andrea Rojas Ramos
CC. 1002397011 TP. 166100	CC. 36293823
Celular: 3206227970	Celular: 3114662015
Correo electrónico: alexa-16911@hotmail.com	Correo electrónico: yeniandrea.0527@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 29 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Calle 1A # 5-52 B1 Trinidad.	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menezes	1007750849	3156799819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26 02 2025	Lucy Katalina Menezes.	Fundacion Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Diaz	Molina	Omaira
	Identificación: 3.629.5884		
Dirección: Corregimiento de Guacacallo		Tel. Fijo /	Celular 3144728447
Barrio: Corregimiento de Guacacallo		Correo electrónico: Omairamolina69@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	Plan Mejoramiento[2]	Seguimiento extraordinario
X		

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Elizabeth Milagros Samboni Golondrino	25-05 2020	1.083987253	Sin Inf	11-08-2023	Comisaria de Familia de San Agustin.
2	Yastin Leandro Samboni Golondrino	17-03 2018	1.077.748471	Sin Inf	11-08-2023	Comisaria de Familia San Agustin.
3	Danna Liseth Bravo Cabrera	08-09 2022	1.079.372345	Sin Inf	24-12-2024	Comisaria de Familia San Agustin
4	Cesar Stiven Urbano Perafan	23-03 2015	1.083,920.010	4644414618	04-02-2015	Defensoria 3 de Familia Gustavo Molina.

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI X / No	SI / No	SI X / No	SI / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	SI X / No	SI / No	SI / No	SI / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	SI / No	SI / No	SI / No	SI / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	SI / No	SI / No	SI / No	SI / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	SI / No	SI / No	Si / NO X	SI / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SI X / No	SI / No	SI X / No	SI / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SI / No	SI / No	Si / NO	SI / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SI / No	SI / No	Si / No X	SI / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	SI X / No	SI / No	SI X / No	SI / No	Si / No

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Todos los niños que tiene a cargo doña Omaira reciben atenciones tanto de salud, educacion y atenciones psicosociales.
Danna Lizeth por su edad recibe educacion basica en un hogar de aprendizaje. Todo en orden.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si / No X
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Realiza prácticas de autoprotección.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	SI No	SI No	SI No	SI No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SI No	SI No	SI No	SI No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios estan estudiando teniendo buen rendimiento academico. Dana se encuentra en el jardin. Estan muy comprometidos.
Sin observaciones.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X		X			
Fórmulas Médicas	X		X		X		X			
Carné de Salud	X		X		X		X			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil		X	X		X			X		
Documento de Identidad	X		X			X	X			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X		X		X		
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Los usuarios de Dona Omaira tienen su respectiva documentación y referente a atenciones por el equipo psicosocial de la fundación se encuentra al día.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X		X			
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Scanned with CamScanner

Observaciones:

la Señora Omaira tiene su documentacion a día manteniendo activos los certificados de procesos peculiar manipulacion de alimentos y demás documentacion

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Despensa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Comedor	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La vivienda se encuentra aseada, la infraestructura esta adecuada para el bienestar de los usuarios, espacios y demás. Todo en orden.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Todos los compromisos de la madre sustituta se cumplen de manera optima. Se ha verificado que las instalaciones de la unidad estan al dia, al igual que la documentacion de los usuarios y la de ella también, manteniendose todo en orden para garantizar el bienestar de cada uno de ellos.

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

__X__ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Lucy Katalina Meneses Molina.		Omaira Diaz Molina.
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
Katalina Meneses.		
CC. 1007750847	TP. 1007750847.	CC. 36295884
Celular: 3156772814.		Celular: 3144728467
Correo electrónico: katalinaobregonsocial.patolito@gmail.com		Correo electrónico: omairamolina69@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/06/2022 FECHA DE APROBACION: 01/06/2022

FECHA: 29-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omaira Diaz Molina

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Natalia Meneses

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta: Felicidades

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	29-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Omaira Diaz Molina

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	B. Estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	3	B. Estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	M. Estado
Ventilador	2	Buen estado
Coche	N/A	/
Almohadas	6	3 Regulares
Cubrelechos	6	3 Regulares
Sabanas	10	B. Estado
Protector de colchón	6	3 Tela – 3 plastico
Toldillo	N/A	/

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
La dotacion de la unidad de servicio las cunadas estan en mal estado, 3 almohadas regulares y 3 colchones regulares. El resto esta en buen estado.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Omaira Diaz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Menetes.

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3-80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: Omaira Diaz Molina

Dirección: Corregimento de Guacacallo.

No.	Condiciones habitacionales	Cumple	No cumple
1	Sin goteras.	X	
2	Sin grietas.	X	
3	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
4	Puerta seguras y con buen mantenimiento.	X	
5	Sin humedad.	X	
6	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
7	Ventilación e iluminación natural.	X	
8	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
9	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
10	Baños con puertas seguras.	X	
11	Sanitarios en perfecto estado.	X	
12	Espejos en perfecto estado.	X	
13	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
14	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
15	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
16	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
17	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: La vivienda cumple con todos los ítems para brindar un buen bienestar a cada usuario. aseada, orden, infraestructura adecuada.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Wey Katalina Meneses Molina	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Omaira Dian Molina
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Meneses.	Firma de la persona que recibe la visita:
C.C. 1007750847 T.P 1007750947.	C.C. 36295884
Celular: 3156777819.	Celular: 3144728447
Correo electrónico: trabajosocial.yatalito@gmail.com	Correo electrónico: omaiamolina69@gmail.com

Scanned with CamScanner

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>

HISTORIA CLÍNICA V.M.C.C.

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com> 7 de marzo de 2025, 12:03

Para: trabajosocialsanamens@gmail.com, Natalia Ramirez Narvaez <natalia.ramirezn@icbf.gov.co>, Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>

Cordial Saludo
Clínica Sanaments

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto, solicitamos a ustedes la EVOLUCIÓN Y/O HISTORIA CLÍNICA actualizada a la fecha de hoy del VICTOR MANUEL CARDONA CALEDRON identificada con T.I. 1117234933, esto con el fin de darle trazabilidad al proceso de restablecimiento de derechos.
se anexa el formato de historia clínica diligenciado.

Agradezco su atencion
--

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	ATENTAMENTE. CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO CELI: 3105653706 gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.co

Formato unico de solicitud de historia clinica.pdf
774K

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Calle 1A # 5 - 52	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menetes	1007710847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26 02 2025	Lucy Katalina Menetes.	Fundacion Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rivera	Garcia	Paula Alejandra
	Identificación: 1082379043		
Dirección: Cra 27 # 27 - 21	Tel. Fijo /	Celular 3123098374	
Barrio: los Arandanos.	Correo electrónico: palerigaa4@gmail.com.		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Luz Sarita Reina Urbano	29/03/2020	1079537791	2351041109	09/11/2014	D. Carta Claudia H. Lopez.
2	Angy Lorena Urbano	24/04/2013	1083112259	2351041045	09/12/2024	D. Carta Claudia H. Lopez
3	/	/	/	/	/	/
4	/	/	/	/	/	/

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios cuentan con sus espacios para su bienestar en la unidad, estudian para fortalecer sus conocimientos en la vida cotidiana.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si / No ✓	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No	Si / No

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Angy y luz santa se encuentran en un entorno protector, realizan practicas de autocuidado, de autoproteccion, y luz santa recibe inventivos biologicos.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X							
Acta de colocación	X		X							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X							
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X							
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X							
Valoración Médica	X		X							
Fórmulas Médicas	X		X							
Carné de Salud	X		X							
Citas Médicas	X		X							
Registro Civil	X		X	X						
Documento de Identidad		X	X							
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X						
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X							

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Documentacion de los usuarios el dia, atenciones por el equipo psicosocial de la fundacion al dia.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X							
Personal	X		X							
Escolar	X		X							
Aseo e higiene personal	X		X							

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Tienen la dotacion, escolar, bolsa, personal y Aseo e higiene personal. al dia.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Scanned with CamScanner

Observaciones:

No se enventran observaciones
la señora paula tiene su documentacion
actualizada y en orden a las
obligaciones que esta ejecutando

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Vivienda adecuada, en orden, aseada para brindar un bienestar tranquilo a cada usuario.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Daña Paula, Cumplio con los arreglos que tenia en su vivienda haciendo constar asi su compromiso por el cuidado de Sarita y Angy. brindandole un bienestar adecuado. Sus adecuaciones son muy bonitas y muestra el compromiso que sostuvo durante este tiempo. Sarita y Angy se encuentran en un entorno protector.

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Lucy Katalina Menetes.	Paula Alejandra R.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Katalina M.	Paula Rivera
CC. 1097750847 TP. 1097750847.	CC. 1082779043
Celular: 3156777889	Celular: 3123098374
Correo electrónico: trabajosocialfabiola@gmail.com	Correo electrónico: paterigao4@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 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. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta: Excelente Labor

Paula Rivera

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Paula Alejandra Rivera.

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	1	Bueno
Cama cuna	1	Bueno
Cuna	0	/
Corral	0	/
Colchón	1	Bueno
Colchón cama cuna	1	Bueno
Cómoda	2	Deteriodadas
Ventilador	1	Bueno
Coche	0	/
Almohadas	2	Regular
Cubrelechos	3	Bueno
Sabanas	4	Bueno
Protector de colchón	2	Bueno
Toldillo	1	Bueno

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
Sin observaciones.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina M

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3-80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: Paula Alejandra Rivera

Dirección: Cra 2 # 27 - 21

No.	Condiciones habitacionales	Cumple	No cumple
1	Sin goteras.	X	
2	Sin grietas.	X	
3	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
4	Puerta seguras y con buen mantenimiento.	X	
5	Sin humedad.	X	
6	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
7	Ventilación e iluminación natural.	X	
8	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
9	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
10	Baños con puertas seguras.	X	
11	Sanitarios en perfecto estado.	X	
12	Espejos en perfecto estado.	X	
13	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
14	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
15	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
16	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
17	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: Cumple con todos los item.

Sin observaciones.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Lucy Katalina M.	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Paula Alejandra Rivera.
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina M.	Firma de la persona que recibe la visita: Paula Rivera
C.C. 1007730847 T.P. 1007730947	C.C 1082779043
Celular: 3156777819.	Celular: 3123098324
Correo electrónico: katagosaol.psicologo@gmail.	Correo electrónico: paleriga04@gmail.com

Scanned with CamScanner

Gmail Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>

Fwd: Solicitud de Documentación Alan David España.

Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com> 27 de marzo de 2025, 10:52
Para: guacallo@sempitalito.gov.co

La Plata Huila, 27 de marzo de 2025

Institución Educativa Villa de los Andes
CORREO ELECTRÓNICO: guacallo@sempitalito.gov.co

Asunto: Solicitud certificados de estudio del NNA
ALAN DAVID ESPAÑA

Respetuoso saludo,

Comedidamente me permito solicitar certificados de estudio, retiro de la institución y el último boletín de notas del menor ALAN DAVID ESPAÑA, quienes se encontraban matriculados en la Institución Educativa Guacacallo, que se encontraba cursando grado primero.

Es de resaltar que esta solicitud se basa en el restablecimiento de derecho de los NNA para garantizar continuidad en la educación.

Cualquier información la recibiremos en la calle 13 No. 5E 34 Barrio Villa del prado, Fundaciòn Social Yo Te Cuido, correo electrónico: laplatahuilagestoradecaso@gmail.com.

Agradezco su atención y colaboración

Quedando Atenta

Cordialmente,



LAURA XIMENA LOSADA ALVIRA
Gestora de caso
Fundación Social Yo Te Cuido La Plata
[El texto citado está oculto]
--

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3	
Hora: 2: 30 pm	**Fecha: 27-3-2025**
Lugar:	**Fundación social Yo te cuido- sede Pitalito**
Dependencia que Convoca:	**Fundación social yo te cuido- Nutricionista**
Proceso:	**misional - protección - restablecimiento de derechos- IEC estrategia información educación y comunicación**
Objetivo:	**Capacitar a las familias sustitutas en la Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos (tiempos de comida)**

Agenda:

Saludo por parte de la Nutricionista

Desarrollo: Para realizar la actividad incluida en la programación de acompañamiento a familias biológicas, de manera presencial en las instalaciones de la fundación social Yo te cuido del municipio de pitalito, la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

Objetivo: Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA





Decisiones: Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos.	Familias y usuarios de los hogares sustitutos	permanente

PUBLICA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FR.PI. 58 | ######

Versión 2 Pág 1 de

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Pública

ACTIVIDAD: Estrategia IEC Importancia de foros y veedurías. FECHA 27-03-2025

HORA INICIAL: 2:30 p.m HORA FINAL: 3:30 P.M. LUGAR Fundación social yo te cuido

DEPENDENCIA LIDER: Hanan Port - Nutrición

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	DIANA PATRICIA BARRAGAN	1083887389	MADRE SUSTITUTA	F.S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		—		
2	GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS	36258958	MADRE SUSTITUTA	F.S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		—		
3	MARYEN LUCIA NARVAEZ UAJI	25292920	MADRE SUSTITUTA	F.S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		—		
4	LUZ NELLY URBANO MURCIA	26967386	MADRE SUSTITUTA	F.S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		—		
5	OMAIRA DIAZ MOLINA	36295685	MADRE SUSTITUTA	F.S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		—		
6	YENI ANDREA ROJAS RAMOS	36293823	MADRE SUSTITUTA	F.S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		—		
7	YUDYS PAOLA HOYOS OSORIO	36206105	MADRE SUSTITUTA	F.S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		—		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 31 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Calle 1A # 5-52	3182411198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menezes.	1007750847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27 01 2025	Lucy Katalina Menezes.	Fundacion Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Hoyos	Osorio	Yudis Paola
	Identificación: 36288105		
Dirección: Transversal 4A #12 Sur -57		Tel. Fijo	Celular 3202433565
Barrio: Juan Pablo II		Correo electrónico: huguitos@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	X	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Fabian Guzman Quiza	20-04-2001	1003880832	2370779342	11-02-2023	D. Sexta Javier Cumbe
2	Pedro Jose Astudillo	06-05 2006	1077276734	2359182	02-07-2021	D. Sexta Javier Cumbe.
3	Emmanuel Santiago Males	18-08 2011	1082580358	2300570	31-10-2024	D. Tercera Cristina Melina.
4	José Camilo Ipagan	23-05 2008	1083887626	2359457589	11-12-2024	D. Sexta Javier Cumbe.

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Documentación al día, se encuentra estudiando menor Pedro José.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No X	Si X / No
Participe en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Emmanuel es el único usuario que recibe encuentros biológicos. Todos realizan prácticas de autocuidado, reciben atenciones por el equipo psicosocial y están en buenas condiciones tanto de salud como en otras.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓		✓			
Acta de colocación	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓		✓			
Valoración Médica	✓		✓		✓		✓			
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓		✓			
Carné de Salud	✓		✓		✓		✓			
Citas Médicas	✓		✓		✓		—			
Registro Civil	✓		✓			X	✓	X		
Documento de Identidad	✓		✓		✓		✓			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X	/	X		X		X		
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Documentacion completa. Sin observaciones.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X			X	X		X			
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Todos usaban con dotacion escolar, personal, básica y aseo e higiene personal. Menos el joven pedro jose.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Durante la visita se deja constancia que Mara Yuleis es una madre dedicada, y muy Comprometida con los usuarios a cargo. la Documentacion de ella se encuentra actualizada.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Todo se encuentra en orden y acorde
No se evidencia Observacion por
realizar.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Se encuentra en orden toda la documentación relacionada con los usuarios. Cabe resaltar que la madre sustituta demuestra un alto grado de compromiso, manteniendo su documentacion al día y actualizada, cumple con las citas y demas requerimientos necesarios de cada usuario. Garantizando el bienestar integral de los usuarios.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

__X__ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Lucy Katalina Menezes.	Yudis Paola Hoyos.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Katalina Menezes.	Yudis Paola Hoyos.
CC. 1007750847 TP. 1007750847	CC. 36288105
Celular: 3156777819.	Celular: 3202433565
Correo electrónico: trabajosocialpaola@gmail.com	Correo electrónico: huyuelos@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yudy Paola Hoyos.

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katalina Henetes.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X		
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X		
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X		
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?		X		
		X		

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta: Felicitaciones.

Yudy Paola Hoyos.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Yudis Paola Hoyos

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	B. Estado
Cama cuna	NIA	/
Cuna	NIA	/
Corral	NIA	/
Colchón	3	B. Estado
Colchón cama cuna	NIA	/
Cómoda	3	B. Estado
Ventilador	1	B. Estado
Coche	NIA	/
Almohadas	6	B. Estado
Cubrelechos	6	B. Estado
Sabanas	6	B. Estado
Protector de colchón	3	B. Estado
Toldillo	NIA	/

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
Sin observaciones.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yudis Paola Hoyos.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Menezes.

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3-80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: Yudis Paola Hoyos

Dirección: Transversal 4A #12 Sur-57 / Juan Pablo II

No.	Condiciones habitacionales	Cumple	No cumple
1	Sin goteras.	X	
2	Sin grietas.	X	
3	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
4	Puerta seguras y con buen mantenimiento.	X	
5	Sin humedad.	X	
6	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
7	Ventilación e iluminación natural.	X	
8	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
9	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
10	Baños con puertas seguras.	X	
11	Sanitarios en perfecto estado.	X	
12	Espejos en perfecto estado.	X	
13	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
14	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
15	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
16	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
17	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: Comple.
Sin observaciones.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Lucy Katalina Menezes	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Yudis Paola Hoyos.
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Menezes.	Firma de la persona que recibe la visita: Yudis Paola Hoyos.
C.C. 1007750847 T.P. 1007750847	C.C. 36288105
Celular: 3106777819.	Celular: 3202433565
Correo electrónico: trabajosocial.pichilla@gmail.com.	Correo electrónico: huequitos@gmail.com.

Scanned with CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 29 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social "yo te cuido"	Calle La # 5-52 B/ Trinidad	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses	1007770847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26 02 2025	Lucy Katalina Meneses M.	Fundacion Social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Scanned with CamScanner

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barragan	Pertes	Diana Patricia
	Identificación: 1.083.893.001		
Dirección: Corregimiento de Guacacallo		Tel. Fijo /	Celular 3162710228
Barrio: Vereda el Tigre.		Correo electrónico: dipabarragan@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Maria Buanegra	26-02-2020	1.112.036.696	2351203886	05-08-2024	Claudio H Lopez
2	Angela Wlay Ortiz	21-10-2010	1.144.627.702		06-08-2024	Comisaria de Familia San Agustin.
3	Yenni Patricia Tirado Tito	04-04-2002	1.114.112.746	2353948325	20-08-2024	Claudio H. Lopez.
4	Bleidy 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.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No
Recibe atención psicosocial.	SI X No	SI X No	SI X No	SI X No	Si No

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

No se ha identificado ninguna novedad. Todos los usuarios se encuentran vinculados al sistema educativo, a la salud, reciben atenciones por el equipo psicosocial y la documentación correspondiente anota que cumple con los requisitos vigentes. Además se encuentran en un entorno protector.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

En este ítem se observa que, en general las usuarias no cuentan con convivencia biológicas a excepción de Bleidy Fiorella. Angela Mary aún no tiene asignación correspondiente, mientras que Yeni y Laura están declaradas 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			

Scanned with CamScanner

Observaciones:

En este ítem, aún no se evidencia 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, dota 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		
Carné 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.

Scanned with CamScanner

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 esta 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

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La infraestructura de la vivienda esta acorde y esta en buenas condiciones, brindando asi 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 Barragan, 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 atencion en cada aspecto de su labor.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

__X__ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
__X__ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Wey Katolina Menezes. Mdina.		Diana Patricia Barragan.
Firma de la persona que realiza la visita		**Firma de la persona que recibe la visita**
Katolina Menezes.		
CC. 1007750847	TP. 1007750847	CC. 1083893001
Celular: 3156777819.		Celular: 3162710228
Correo electrónico: trabajo.social.katolin@gmail.com.		Correo electrónico: dipabis12s@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Scanned with CamScanner

	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 Fuentes

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. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	29 - 03 - 2025
MADRE SUSTITUTA:	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	/

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
La dotacion se encuentra en buen estado la mayoria de dotacion. 3 almohadas regulares, 3 cobrelechos regulares y 3 Sabanas regulares.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Menezes.

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3-80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: 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 física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
18	Los balcones deben tener protección.	X	
19	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente.	X	
20	Los cables deben estar cubiertos.	X	
21	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes.	X	
22	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
23	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes.	X	
24	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad.	X	
25	Paredes limpias.	X	
26	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	

Scanned with CamScanner

27	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
28	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
29	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla tales como cadenas o candados.	X	
30	Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
31	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
32	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
33	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
34	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
35	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
36	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
37	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
38	Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave.	X	
40	La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes.	X	
41	Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos.	X	
42	En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto.	X	

OBSERVACIONES: La unidad de servicio cuenta y cumple con los ítem expuestos.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Way Katalina Menezes. Hdina.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Diana Patricia Barragan.	
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Menezes.		Firma de la persona que recibe la visita:	
C.C. 1007750847	T.P 1007750847	C.C. 1083893001	
Celular: 3156777819.		Celular: 3162710228	
Correo electrónico: trabajosocial.pitalito@gmail.com.		Correo electrónico: dipabli123@hotmail.com	

Scanned with CamScanner

Gmail Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>

Cita psicológica usuaria derly yuliana sanchez hernandez

5 mensajes

dayana diaz <dayanita.0512@hotmail.com> 22 de marzo de 2025, 21:39
Para: Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>

Cordial saludo Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar apoyo para poder lograr agendar la cita de psicólogia en la eps salud vital de la plata huila ya que en varias ocasiones e llamado al siguiente número 608 8632268 para solicitar la cita y me responden que no hay agenda que llame en la semana, sin poder lograr la cita para la usuaria derly yuliana sanchez hernandez identificada con R.C 108268922

Envío orden médica ya que no se necesita autorización para solicitar la cita al igual que las llamadas que e realizado ante la eps

De antemano agradezco mucho su atención y colaboración

Atm Dayana caterin Díaz rodrigues
Madre sustituta

4 adjuntos



Screenshot_20250322_212433_Phone.jpg
230K



Screenshot_20250322_212426_Phone.jpg
229K



Screenshot_20250322_212418_Phone.jpg
212K



Screenshot_20250322_212412_Phone.jpg
221K

Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com> 22 de marzo de 2025, 22:14
Para: siau@saludvitalips.com.co, saludvitalhuila@hotmail.com, snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co, notificacioncoosaludeps@coosalud.com

Cordial saludo

Asunto: PQR Solicitud de apoyo para asignación de cita

Señores
Salud Vital

En calidad de Gestora de caso de la Fundación Social Yo Te Cuido muy respetuosamente pido la colaboración para CITA PRIORITARIA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIAl, para la usuaria DERLY YULIANA SANCHEZ identificada con RC 1080268922, ya que la madre sustituta en repetidas ocasiones ha solicitado dicha cita, la cual manifiestan no tener agenda disponible, el cual se debe esperar. Recordar que es de gran importancia brindar estas atenciones a los usuarios que se encuentran bajo la protección de ICBF.

Del correo que antecede de la madre sustituta, anexa orden médica.

Agradezco colaboración y apoyo
Quedando atenta

Cordialmente,

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

Laura Ximena Losada Alvira
Gestor de caso
Fundación Social Yo Te Cuido
Contacto: 3222405877

LAURA XIMENA LOSADA ALVIRA
Gestora de caso
Fundación Social Yo Te Cuido La Plata
[El texto citado está oculto]
--

---

5 adjuntos



Screenshot_20250322_212433_Phone.jpg
230K



Screenshot_20250322_212426_Phone.jpg
229K



Screenshot_20250322_212418_Phone.jpg
212K



Screenshot_20250322_212412_Phone.jpg
221K



20250322_214153.jpg
1528K

Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com> 22 de marzo de 2025, 22:53
Para: dayana diaz <dayanita.0512@hotmail.com>

[El texto citado está oculto]
--

5 adjuntos



Screenshot_20250322_212433_Phone.jpg
230K



Screenshot_20250322_212426_Phone.jpg
229K



Screenshot_20250322_212418_Phone.jpg
212K



Screenshot_20250322_212412_Phone.jpg
221K



20250322_214153.jpg
1528K

CORREOINTERNOSNS <correointernosns@supersalud.gov.co> 25 de marzo de 2025, 9:02
Para: "laplatahuilagestoradecaso@gmail.com" <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>

La Superintendencia Nacional De Salud le informa que su documento quedó radicado con el número

* 20259300406339312

Por favor no responder a este correo ya que es solo de gestión, para dar respuesta por favor escribir a correointernosns@supersalud.gov.co

---

De: SNSNOTIFICACIONESJUDICIALES <snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co>
Enviado el: lunes, 24 de marzo de 2025 7:40 p. m.
Para: CORREOINTERNOSNS <correointernosns@supersalud.gov.co>
Asunto: RV: Cita psicológica usuaria derly yuliana sanchez hernandez

---

De: Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>
Enviado: sábado, 22 de marzo de 2025 10:14 p. m.
Para: siau@saludvitalips.com.co <siau@saludvitalips.com.co>; saludvitalhuila@hotmail.com <saludvitalhuila@hotmail.com>; SNSNOTIFICACIONESJUDICIALES <snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co>; notificacioncoosaludeps@coosalud.com <notificacioncoosaludeps@coosalud.com>
Asunto: Fwd: Cita psicológica usuaria derly yuliana sanchez hernandez

No suele recibir correo electrónico de laplatahuilagestoradecaso@gmail.com. Por qué es esto importante

Cordial saludo

Asunto: PQR Solicitud de apoyo para asignación de cita

Señores

Salud Vital

En calidad de Gestora de caso de la Fundación Social Yo Te Cuido muy respetuosamente pido la colaboración para CITA PRIORITARIA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIAl, para la usuaria DERLY YULIANA SANCHEZ identificada con RC 1080268922, ya que la madre sustituta en repetidas ocasiones ha solicitado dicha cita, la cual manifiestan no tener agenda disponible, el cual se debe esperar. Recordar que es de gran importancia brindar estas atenciones a los usuarios que se encuentran bajo la protección de ICBF.

Del correo que antecede de la madre sustituta, anexa orden médica.

Agradezco colaboración y apoyo

Quedando atenta

Cordialmente,



Laura Ximena Losada Alvira
Gestor de caso
Fundación Social Yo Te Cuido
Contacto: 3222405877

LAURA XIMENA LOSADA ALVIRA

Gestora de caso

Fundación Social Yo Te Cuido La Plata

---------- Forwarded message ---------
De: **dayana diaz** <dayanita.0512@hotmail.com>
Date: sáb, 22 mar 2025 a las 21:39
Subject: Cita psicológica usuaria derly yuliana sanchez hernandez
To: Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>

Cordial saludo Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar apoyo para poder lograr agendar la cita de psicólogia en la eps salud vital de la plata huila ya que en varias ocasiones e llamado al siguiente número 608 8632268 para solicitar la cita y me responden que no hay agenda que llame en la semana, sin poder lograr la cita para la usuaria derly yuliana sanchez hernandez identificada con R.C 108268922

Envío orden médica ya que no se necesita autorización para solicitar la cita al igual que las llamadas que e realizado ante la eps

De antemano agradezco mucho su atención y colaboración

Atm Dayana caterin Díaz rodrigues

Madre sustituta

--

Cuenta de Servicios
SNSNOTIFICACIONESJUDICIALES
snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co
Teléfono: (571) 744 2000
Carrera 68a N.º 24b-10. Torre 3 Bogotá, Colombia
www.supersalud.gov.co

Nota: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de la Superintendencia Nacional de Salud o de sus autoridades. La información contenida en este e-mail es confidencial y sólo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual está dirigido. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y borrar el mensaje recibido inmediatamente.

Note: The opinions expressed in this message are solely those of the author and do not necessarily represent the official views of the Superintendencia Nacional de Salud or its authorities. The information contained in this email is confidential and can only be used by the individual or entity to which it is addressed. If you are not the authorized recipient, any retention, dissemination, distribution or copying of this message is prohibited and punishable by law. If you receive this message by mistake, please forward it to the Superintendencia Nacional de Salud and delete the received message immediately.

Cuenta de Servicios
CORREOINTERNOSNS
correointernosns@supersalud.gov.co
Teléfono: (571) 744 2000 ext=10242
Carrera 68a N.º 24b-10. Torre 3 Bogotá, Colombia
www.supersalud.gov.co

Nota: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de la Superintendencia Nacional de Salud o de sus autoridades. La información contenida en este e-mail es confidencial y sólo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual está dirigido. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y borrar el mensaje recibido inmediatamente.

Note: The opinions expressed in this message are solely those of the author and do not necessarily represent the official views of the Superintendencia Nacional de Salud or its authorities. The information contained in this email is confidential and can only be used by the individual or entity to which it is addressed. If you are not the authorized recipient, any retention, dissemination, distribution or copying of this message is prohibited and punishable by law. If you receive this message by mistake, please forward it to the Superintendencia Nacional de Salud and delete the received message immediately.

---

siau@saludvitalips.com.co <siau@saludvitalips.com.co> 27 de marzo de 2025, 13:57
Para: Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>
Cc: snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co, notificacioncoosaludeps@coosalud.com

Buenas tardes Dra.

Comedidamente me permito remitir respuesta a la siguiente petición.

Para su información y demás fines pertinentes.

Cordialmente,

ELISABETH QUESADA RAMIREZ

Analista SIAU

SALUD VITAL DEL HUILA IPS S.A.

[El texto citado está oculto]

--

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/03/25

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social Yo te cuido	cll 1A # 5.-52 Barrio Unidad	3206777470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny A. Cantero	1083917014	3206777470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26/02/24	Jenny Alexandra Cantero	Fundacion Social Yotecuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rozo	Alvarez	Yuli Andrea
	Identificación: 1083.887.399.		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Scanned with CamScanner

Gmail Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>

SOLICITUD DE APOYO CITA JEIMMY ADELAY PAJA CAMAYO

1 mensaje

Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com> 11 de marzo de 2025, 16:56
Para: hospital.universitario@huhmp.gov.co, ventanilla.unica@huhmp.gov.co, extranet.pqrs@huhmp.gov.co, francynieto56@gmail.com

Cordial saludo

Señores
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

En calidad de Gestora de caso de la Fundación Social Yo Te Cuido muy respetuosamente pido la colaboración para agendar servicio en **POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD**, con número de autorización 294334823, Para la usuaria JEIMMY ADELAY PAJA CAMAYO con número de identificación RC 1081428635. , ya que en repetidas ocasiones por vía telefónica se ha solicitado dichas citas, la cual manifiestan es que esta en lista de espera, Recordar que es de gran importancia brindar estas atencion a la niña ya que se encuentra bajo la protección de ICBF.

Anexo orden médica y Nº de Autorizaciòn

Agradezco colaboración y apoyo
Quedando atenta

Atentamente,



LAURA XIMENA LOSADA ALVIRA
Gestora de caso
Fundación Social Yo Te Cuido La Plata

Jeimmy Moncaleano.pdf
498K

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:

Saludo por parte de la Nutricionista

Desarrollo: Para realizar la actividad incluida en la programación de acompañamiento a familias biológicas, de manera presencial en las instalaciones de la fundación social Yo te cuido del municipio de la plata, la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

Objetivo: Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

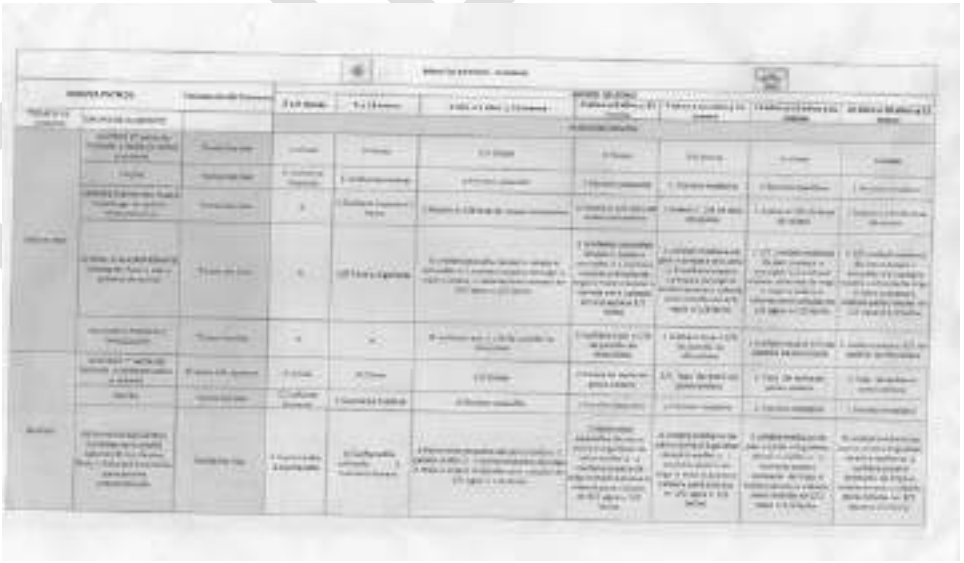
Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA





Decisiones: Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos.	Familias y usuarios de los hogares sustitutos	permanente

PÚBLICO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FEPI 68	12/06/2024
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ACTIVIDAD: Estrategia FEC importancia de Frutas y Verduras. FECHA 26-03-2025.

HORA INICIAL: 2:30 pm HORA FINAL: 3:30 pm. LUGAR Fundación bebé yo te cuido. la plata

DEPENDENCIA LIDER: Ramon Paez Nutricionista

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
							PLANTA	CONTRATO			PN
1	Leidy Constanza Gomez	1144521390	M.S	Yo te cuido	Huila	La plata		V	3136761419	—	Leidy Gomez
2	Rosalba Serrato	36376667	M.S	Yo te cuido	Huila	La plata		V	3222490 80, 45	—	Rosalba Serrato
3	Francy Nieto	25464674	M.J	Yo te cuido	Huila.	La plata		X	3226893	—	Francy Nieto
4	Olga B Solórzano	36301166	M.S	Yo te cuido	Huila	LA PLAZA		X	3115996113	—	Olga B. S
5	ANA MILENA VALENCIA	29122 E4C	M.S	Fundación yo te cuido	Huila	la plata		X	3132626217	—	
6.	Dayana Cardenas	CC 1061720361	T.S	Fundación yo te cuido	Huila	La plata		X	3148857135	—	Dayana Diaz

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Scanned with CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo: LIAN SEBASTIAN ESPAÑA

Fecha: viernes, marzo 21, 2025

Modalidad: HOGAR SUSTITUTO

Responsable: LEIDY CONSTANZA GOMEZ

Centro Zonal: PITALITO

Motivo: DOTACION LUDICA

CATEGORÍA PERSONAL

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	JUGUETE	TORRE APILABLE	1

CANTIDAD TOTAL 1

Firma de quien recibe: LEIDY CONSTANZA GOMEZ

Firma de quien entrega: XIMENA TRUJILLO

Jotform

Now create your own Jotform PDF document - It's Free Create your own PDF Document

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3	
Hora: 4: 30 pm	**Fecha: 27-3-2025**
Lugar:	**Fundación social Yo te cuido- sede Garzón**
Dependencia que Convoca:	**Fundación social yo te cuido- Nutricionista**
Proceso:	**misional - protección - restablecimiento de derechos- IEC estrategia información educación y comunicación**
Objetivo:	**Capacitar a las familias sustitutas en la Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos (tiempos de comida)**

Agenda:

Saludo por parte de la Nutricionista

Desarrollo: Para realizar la actividad incluida en la programación de acompañamiento a familias biológicas, de manera presencial en las instalaciones de la fundación social Yo te cuido del municipio de Garzón, la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

Objetivo: Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

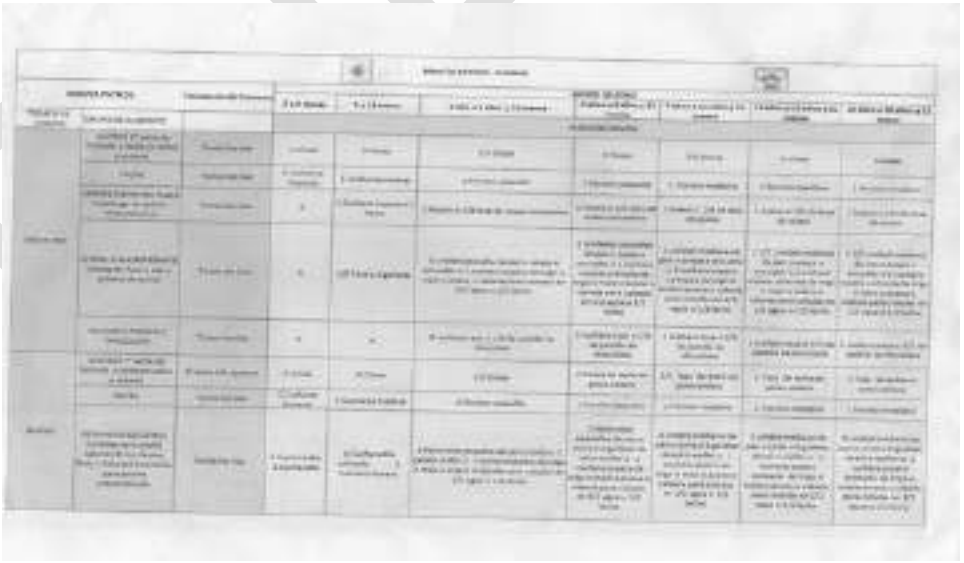
Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA

Decisiones: Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.





Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos.	Familias y usuarios de los hogares sustitutos	permanente

PUBLI

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FI-P1.MI	12/06/2024
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ACTIVIDAD: Estrategia IEC importancia de frutas y verduras FECHA 27-03-2025

HORA INICIAL: 4:30 pm HORA FINAL: 5:35 pm. LUGAR Fundación Social yo te cuido

DEPENDENCIA LIDER: Homes Profesional Nutricionista

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	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!

Cualquier copia impresa de este documento 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.

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 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

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo:	OSCAR DANIEL SANCHEZ OLIVEROS
Fecha:	19 de marzo de 2025 0:00
Modalidad:	MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO
Responsable:	GERALDINE CALDERON
Centro Zonal:	GARZON
Motivo:	DOTACION INICIAL

CATEGORÍA **PERSONAL**

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	ROPA INTERIOR MASCULINA	BOXER HOMBRE	2
2	CAMISETA INTERIOR	CAMISETA EN ALGODON	1
3	PANTALON /JEANS	JEANS ANCHO RIGIDO	1
4	MEDIAS	MEDIAS	1
5	CAMISA / BLUSA DIARIO	BUSO HOMBRE	1
6	TOALLA	TOALLA CUERPO	1
7	ZAPATOS	ZAPATOS	1

CANTIDAD TOTAL 7

Firma de quien recibe: Oneida Suarez Andrade

ONEIDA SUAREZ

Firma de quien entrega: Geraldine Calderón

GERALDINE CALDERON

Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo:	HELEN MARIANA MENDEZ CEDIEL
Fecha:	6 de marzo de 2025 0:00
Modalidad:	MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO
Responsable:	GERALDINE CALDERON
Centro Zonal:	GARZON
Motivo:	DOTACIÓN INICIAL

CATEGORÍA **PERSONAL**

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	CAMISA / BLUSA DIARIO	BLUSA NIÑA	2
2	PANTALONETA / SHORT BICICLETERO	SHORT BICICLETERO x 2	1
3	MEDIAS	MEDIAS	1
4	PIJAMA	PIJAMA	2
5	TOALLA	TOALLA BAÑO	2
6	PANTIS INTERIOR FEMENINO	BOXER NIÑA x3	1
7	ZAPATOS / SANDALIA	ZAPATOS	1

CANTIDAD TOTAL 7

Firma de quien recibe: Paola Barrera

PAOLA BARRERA

Firma de quien entrega: Geraldine Calderon

GERALDINE CALDERON

Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo: ALVARO HERMIDA VILLANUEVA

Fecha: 27 de marzo de 2025 0:00

Modalidad: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Responsable: GERALDINE CALDERON

Centro Zonal: GARZON

Motivo: DOTACIÓN INICIAL

CATEGORÍA **PERSONAL**

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	PANTALON /JEANS	JEANS RIGIDO	1
2	CAMISA / BLUSA DIARIO	CAMISETA NIÑO	1
3	CONJUNTOS PANTALON CAMISA Ó BLUSA	CONJUNTO JOGGER-GOOD	2
4	MEDIAS	MEDIAS	1
5	TOALLA	TOALLA CUERPO	1
6	ZAPATOS	ZAPATOS	1

CANTIDAD TOTAL 5

Firma de quien recibe:

OLGA LUCIA TRIANA

Firma de quien entrega: Geraldine Calderón

GERALDINE CALDERON

Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo: ANDERSON HERMIDA VILLANUEVA

Fecha: 27 de marzo de 2025 0:00

Modalidad: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Responsable: GERALDINE CALDERON

Centro Zonal: GARZON

Motivo: DOTACIÓN INICIAL

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	PANTALON /JEANS	JEANS RIGIDO	1
2	ROPA INTERIOR MASCULINA	BOXER NIÑO	1
3	CAMISETA INTERIOR	CAMISETA NIÑO	1
4	CONJUNTOS PANTALON CAMISA Ó BLUSA	CONJUNTO JOGGER- GOOD	2
5	MEDIAS	MEDIAS	1
6	ZAPATOS	ZAPATOS	1

CANTIDAD TOTAL 5

Firma de quien recibe: olga Lucia

OLGA LUCIA TRIANA

Firma de quien entrega: Geraldine Calderon

GERALDINE CALDERON

Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo: CINDY CAMILA ZAPATA

Fecha: jueves, marzo 03, 2025

Modalidad: HOGAR SUSTITUTO

Responsable: DAYANA CATERIN DIAZ

Centro Zonal: LA PLATA

Motivo: DOTACION INICIAL

CATEGORÍA PERSONAL

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	TOALLA	TOALLA	1
2	ROPA INTERIOR	CACHETERO DAMA	1
3	ROPA INTERIOR	BRASIER	1
4	JEANS	JEANS	1
5	CAMISA	CAMISA DAMA	1
6	MEDIAS	MEDIAS	2
7	ZAPATO	ZAPATILLA	1

CANTIDAD TOTAL 8

Firma de quien recibe: DAYANA CATERIN DIAZ

Firma de quien entrega: XIMENA TRUJILLO

Jotform Now create your own Jotform PDF document - It's Free Create your own PDF Document

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo: BRIANA JASBLEYDY BASTO MUSE

Fecha: miércoles, marzo 26, 2025

Modalidad: HOGAR SUSTITUTO

Responsable: YOHAIRA ARANDIA

Centro Zonal: LA PLATA

Motivo: DOTACION INICIAL

CATEGORÍA BASICA

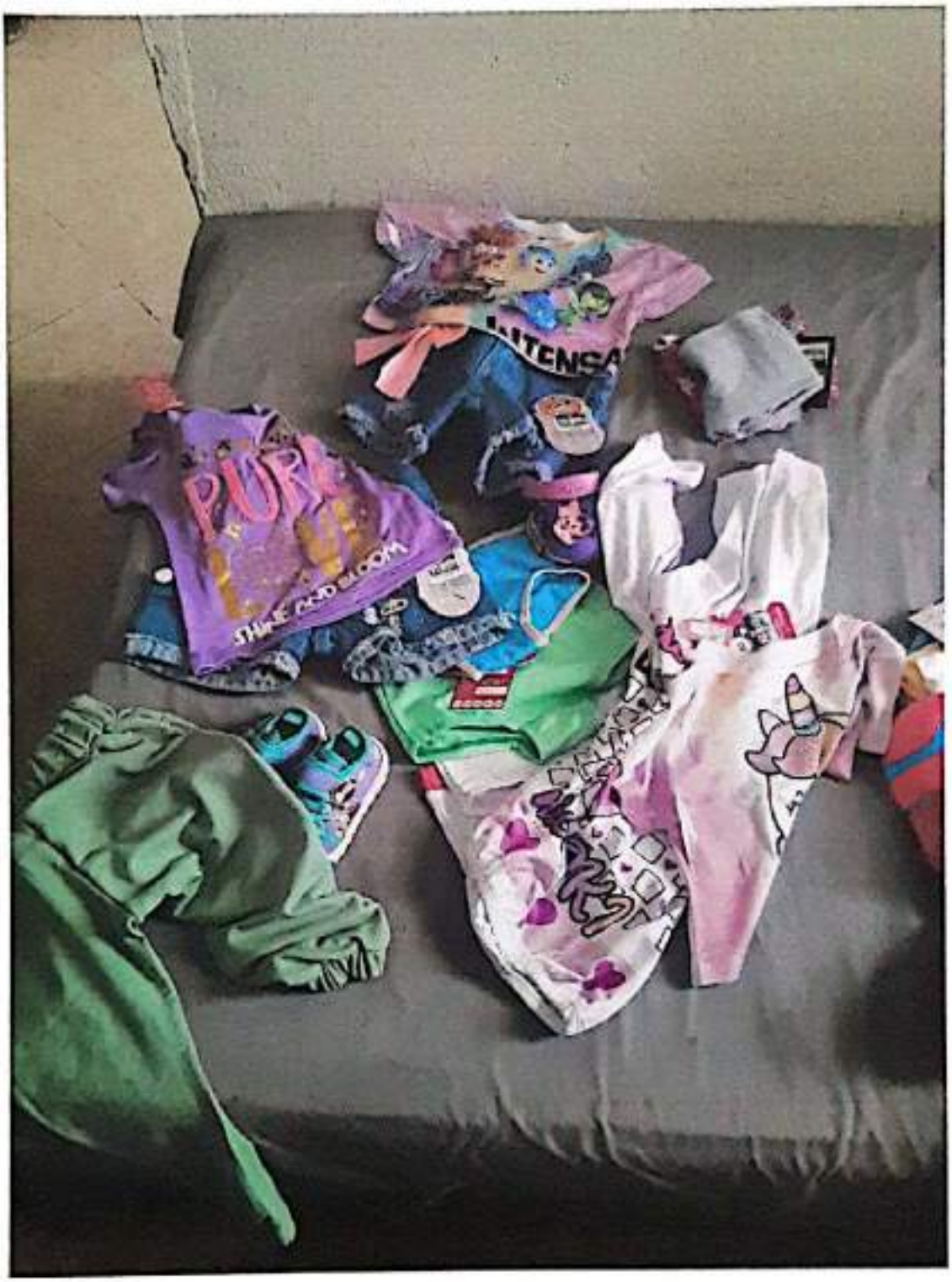
ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	CALZADO	CROSS BEBE	1
2	CALZADO	ZAPATO BEBE	1
3	ROPA	SHORT	2
4	ROPA	LEGIS	2
5	ROPA	JOGER	1
6	ROPA	BLUSAS NIÑA	4
7	ROPA INTERIOR	PANTIS	3
8	ROPA INTERIOR	CACHETERO	1

CANTIDAD TOTAL **15**

Firma de quien recibe: YOHAIRA ARANDIA

Firma de quien entrega: XIMENA TRUJILLO

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo: INGRID LORENA MUSE ALONSO

Fecha: miércoles, marzo 26, 2025

Modalidad: HOGAR SUSTITUTO

Responsable: YOHAIRA ARANDIA

Centro Zonal: LA PLATA

Motivo: DOTACION INICIAL

CATEGORÍA BASICA

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	CALZADO	ZAPATILLA DAMA	1
2	CALZADO	CLANCHA IPANEMA	1
3	ROPA	BLUSA	3
4	ROPA INTERIOR	CACHETERO DAMA	4
5	TOALLA	TOALLA	1
6	ROPA	LEGIS DAMA	1
7	ROPA INTERIOR	BRASIER	2
8	MEDIAS	PAQUETE MEDIA	2

CANTIDAD TOTAL 15

Firma de quien recibe: YOHAIRA ARANDIA

Firma de quien entrega: XIMENA TRUJILLO

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ACTA DE DOTACIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DATOS DE LA ENTREGA:

Nombre completo: ALAN DAVID ESPAÑA CURACA

Fecha: martes, marzo 18, 2025

Modalidad: HOGAR SUSTITUTO

Responsable: ELVIA YOLIMA SANCHEZ

Centro Zonal: PITALITO

Motivo: DOTACION INICIAL

CATEGORÍA BASICA

ITEM	CATEGORIA	ELEMENTO A ENTREGAR	CANTIDAD
1	CALZADO	ZAPATILLA NIÑO	1
2	CALZADO	CHANCLAS	1
3	ROPA	JEANS	1
4	ROPA	BUZO POLO NIÑO	1
5	ROPA	PIJAMA NIÑO	1
6	ROPA	BOXER NIÑO	1

CANTIDAD TOTAL 6

Firma de quien recibe: ELVIA YOLIMA SANCHEZ

Firma de quien entrega: XIMENA TRUJILLO

Powered by CamScanner

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>

CPE No. 41-9-2025-007648 - RESPUESTA A SOLICITUD

1 mensaje

grupoadmondocumentos@sena.edu.co <grupoadmondocumentos@sena.edu.co> 28 de marzo de 2025, 20:26

Para: GESTORDECASOYOTECUIDO.PITALITO@gmail.com
Cc: LPARRAP@sena.edu.co, LANACONAS@sena.edu.co, YCRUZ@sena.edu.co, FMARTUNDUAGA@sena.edu.co

Apreciado(a)
Para su respectivo trámite se ha radicado la siguiente comunicación electrónica:

Radicado	N.I.S.	Fecha
41-9-2025-007648	2025-01-139765	3/28/2025 8:25:42 PM

Asunto	Descripción del asunto
RESPUESTA A SOLICITUD	RESPUESTA A SOLICITUD

41-9528-4

Pitalito, 28 de marzo del 2025.

Señor
Nicolas Castaño
Fundación Social Yo Te Cuido
gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com
Pitalito, Huila

Asunto: Respuesta a Solicitud.

Respetado Sr. Castaño;

En respuesta a su comunicación con radicado No. 7-2025-114333, NIS: 2025-01-139765 del 19 de marzo del 2025, relacionado con “Solicitud de Oferta Educativa”.

Le informamos que, desde el Centro de Gestión y Desarrollo Sostenible Surcolombiano no es posible brindar una respuesta positiva frente a su solicitud de formación complementaria, ya que no contamos con disponibilidad de instructores para dicha gestión. No obstante, en el momento en el que dispongamos de los recursos necesarios, nos pondremos en contacto para informar sobre la viabilidad de ofrecer la formación solicitada.
Para información adicional comunicarse con el Coordinador Académico de la Sede Comercio y Servicios José Abelardo Muñoz Torres, a través del correo electrónico jmunozt@sena.edu.co o al celular No. 3108761318.

Esperamos que la respuesta brindada haya atendido lo solicitado por usted.
Le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta de satisfacción, su participación nos servirá para la mejora continua de nuestros procesos. Enlace encuesta: https://forms.office.com/r/Z23yS3ht9G

Cordial saludo,

Luis Angel Parra Peña
Coordinador de Formación Profesional Integral
Centro de Gestión y Desarrollo Sostenible Surcolombiano
Regional Huila

NIS: 2025-01-139765

Proyectó: Yamileth Cruz Maná
Cargo: Apoyo Administrativo – Grupo de FPI

Atentamente,

Grupo Administración de Documentos
Dirección General
servicioalciudadano@sena.edu.co
PBX:5461500
Calle 57 · 8 - 69 Bogotá Colombia

@SENAcomunica www.sena.edu.co

NOTA: Este correo es generado por medios automáticos, por favor no dar respuesta al remitente

---

2 adjuntos



C.E.(FRM) - 41-9-2025-007648-(41)- NICOLAS CASTAÑO RESPUESTA A SOLICITUD.tif
551K

C.I.(FRM)-9-2025-007648-(41)---NICOLAS CASTAÑO-RESPUESTA A SOLICITUD.html
33K

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>

RV: Solicitud de portabilidad de JERONIMO CALDERON SALGADO.

2 mensajes

Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co> 16 de enero de 2025, 14:30
Para: "atencionalciudadano@alcaldiapitalito.gov.co" <ATENCIONALCIUDADANO@alcaldiapitalito.gov.co>
Cc: "comisariafamilia@alcaldiapitalito.gov.co" <comisariafamilia@alcaldiapitalito.gov.co>

Buenas tardes Comisaria de Familia municipio de Pitalito

Reenvío solicitudes insistentes del equipo profesional de la Fundación Yo te Cuido, que ha remitido a su despacho con el fin de garantizar el derecho a la salud por parte de la madre sustituta del municipio de Garzón donde se encuentra ubicado JERONIMO CALDERON SALGADO, proceso a cargo de la comisaria de familia del municipio de Pitalito. Han pasado más de 2 meses sin obtener su gestión y respuesta.

Seguimos atentos.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Irma Constanza Almario Perdomo
Profesional Universitario
Coordinadora
ICBF Centro Zonal Garzón - Regional Huila
Calle 8 N° 6 – 38 B/ Centro
Teléfono: 608 8604700 Ext. 840000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>
Enviado: jueves, 16 de enero de 2025 14:21
Para: comisariadefamilia@alcaldiapitalito.gov.co <comisariadefamilia@alcaldiapitalito.gov.co>; Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Asunto: Fwd: Solicitud de portabilidad de JERONIMO CALDERON SALGADO.

cordial saludo
Amparo Trujillo Varga
Comisaria de familia

Por medio de la presente, me permito reiterar la solicitud en el apoyo de la portabilidad del usuario a usted como autoridad administrativa, garantizando que el usuario acceda a los servicios de atención en salud en el municipio de Garzón, Huila.

Agradecemos de antemano su intervención y quedamos atentos

---------- Forwarded message ---------
De: **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>
Date: vie, 20 dic 2024 a las 10:08
Subject: Fwd: Solicitud de portabilidad de JERONIMO CALDERON SALGADO.
To: <comisariadefamilia@alcaldiapitalito.gov.co>
Cc: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>

Cordial saludo
AMPARO TRUJILLO VARGA
COMISARIA DE FAMILIA

Por medio del presente, me permito solicitar su apoyo como autoridad administrativa para garantizar que el usuario acceda a los servicios de atención en salud en el municipio de Garzón, Huila.

Desde la Fundación, se ha presentado la respectiva solicitud a la EPS correspondiente; sin embargo, hasta la fecha, no se ha obtenido respuesta alguna por parte de dicha entidad.

Agradecemos de antemano su intervención y quedamos atentos

---------- Forwarded message ---------
De: **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>
Date: lun, 25 nov 2024 a las 8:53
Subject: Solicitud de portabilidad de JERONIMO CALDERON SALGADO.
To: <marycramirez@epssanitas.com>

Señores
SANITAS S.A.S.

Cordial Saludo,

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto, solicitamos a ustedes la debida portabilidad del usuario JERONIMO CALDERON SALGADO REGISTRO CIVIL N:1.083.929.460 al municipio de Garzon-Huila ya que recibe la atención en el municipio de Pitalito (H). Quien activamente tiene un proceso administrativo de restablecimiento de derecho.

Agradecemos su pronta atención a esta situaciones, ya que es fundamental para el bienestar y la salud del menor de edad.
Se anexa imagen del ADRES

Atentamente,
CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



--

	ATENTAMENTE. CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO CELI: 3105653706 gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.co

--

	ATENTAMENTE. CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO CELI: 3105653706 gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.co

---

Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co> 27 de febrero de 2025, 11:47
Para: "comisaria02familiapitalito@gmail.com" <comisaria02familiapitalito@gmail.com>
Cc: "gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com" <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>

Buenos días compañeros comisaría 02 de familia de Pitalito, envío correos que anteceden solicitando su valiosa colaboración con la información requerida por el gestor de caso del operador de la modalidad de acogimiento familiar - hogar sustituto, Fundación social yo te cuido, en atención a la ubicación de NNA Jerónimo Calderón Salgado, en el municipio de Garzón.

Es importante mencionar la importancia de articular con el equipo interdisciplinario del operador y la coordinadora del centro zonal Garzón, cualquier decisión que se tome en el marco del PARD que se adelanta a favor del niño.

Los datos del gestor de caso: Carlos Andrés Cuenca Rojas - número de contacto: 310 565 37 06 - correo electrónico: gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com

Quedo atenta a cualquier inquietud.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Yazmin Usme Olmos
Profesional Universitario
Grupo Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 N° 1E – 40 B/ San Vicente de Paúl
Teléfono: 608 8604700
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

---

De: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>
Enviado: jueves, 27 de febrero de 2025 10:43
Para: Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>
Asunto: Fwd: Solicitud de portabilidad de JERONIMO CALDERON SALGADO.

Cordial saludo.
Yazmin Usme
Enlace de hogares sustitutos.
La presente es para poner en conocimiento los correos que antecede, en el cual se evidencia la dificultad para el acceso a salud del usuario JERONIMO CALDERON SALGADO el cual no se ha realizado la debida portabilidad para el municipio de Garzón Huila. Es importante destacar que, este proceso crea retrasos y dificultades en el PARD del usuario.

[El texto citado está oculto]

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>

Informe de solicitud de portabilidad Usuario J.D.H.G

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com> 7 de marzo de 2025, 18:48
Para: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>, Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>

Cordial saludo

Karol Campos

Defensora de familia.

Por medio de la presente, me permito informar que se ha solicitado la portabilidad del usuario Julián David Huertas Guegia ante la EPS Salud Total, con número de radicado 03072520329.

Esta comunicación tiene como propósito poner en conocimiento las acciones realizadas por parte del equipo de la Fundación Social Yo Te Cuido en el marco de la gestión de servicios de salud para el usuario.



--

	ATENTAMENTE. CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO CELI: 3105653706 gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.co

oficio J.D.H.G.pdf
137K

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com> 7 de marzo de 2025, 11:41

Para: autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co

Estimados señores

Famisa,

Cordial saludo

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto.

Por medio de la presente, me permito solicitar su colaboración para la autorización de los medicamentos formulados al menor **Yosers Andrés Martínez Arias**, quien el dia 26 de febrero 2025 recibió atención en urgencias.

Adjunto a este correo la historia clínica correspondiente, en la cual se especifica la necesidad de los medicamentos requeridos para su tratamiento y registros civiles.

Agradezco de antemano su colaboración.

--

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	ATENTAMENTE. CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO CELI: 3105653706 gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.co

2 adjuntos

HISTORIS CLINICA Yosers Andres Martinez Arias.pdf
658K

Registro civil Yosers Andrés Martínez Arias.pdf
842K

Gmail Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>

PQR solicitud de citas de psiquiatría Pediátrica

2 mensajes

Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com> 13 de marzo de 2025, 17:16
Para: Agendamiento@cllapaz.com.co, audiolinea@cllapaz.com.co, Mireya chimbaco marin <m.chimbaco@gmail.com>

La Plata Huila, 13 de marzo del 2025

Señores (as)
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

Cordial saludo,

Del correo que antecede de la madre sustituta MIREYA CHIMBACO, de los usuarios **JUAN CARLOS PAZ QUILINDO** identificado T.I N° 1081415451 Menor que requiere cita de control a en especialidad de psiquiatría pediátrica **Nº de autorización 293425932** Y **LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO** identificada con T.I 1081412013 quien requiere cita de control o de seguimiento especialidad de psiquiatría pediátrica con **Nº de autorización 290108464**. En calidad de gestora de caso de la Fundación Social Yo Te Cuido, me permito respetuosamente dirigirme a ustedes para solicitar apoyo en la asignación prioritaria de las citas y controles que requieren los menores. Por Favor agendar citas el mismo día ya que se desplazan del municipio de La Plata los hermanos Paz Quilindo.

Lo anterior con el fin de garantizar el derecho a la salud de la niña y la protección de todos sus derechos fundamentales.

Se anexa historia clínica y numero de autorizacion

Agradezco colaboración y apoyo
Quedando atenta

Atentamente,

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

Laura Ximena Losada Alvira
Gestor de caso
Fundación Social Yo Te Cuido
Contacto: 3222405877

LAURA XIMENA LOSADA ALVIRA
Gestora de caso
Fundación Social Yo Te Cuido La Plata

Control o de seguimiento por especialista en psiquiatría pediátrica..pdf
799K

CNSP - Agendamiento <Agendamiento@cllapaz.com.co> 18 de marzo de 2025, 7:47
Para: Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>, CNSP - Viviana Katherine Pira Agudelo <audiolinea@cllapaz.com.co>, Mireya chimbaco marin <m.chimbaco@gmail.com>

Buen día

Dando respuesta a la solicitud se programan controles por psiquiatría pediátrica
Señora Mireya Quilindo mamá de los pacientes acepta citas.

TI 1081415451 JUAN CARLOS PAZ QUILINDO

Fecha: viernes 28 de marzo 2025
Hora: 9:30am
Profesional: Paola Pacheco
Modalidad: presencial
Dirección: Cra. 69 #12-75

TI 1081412013 LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO

Fecha: viernes 28 de marzo 2025
Hora: 10:30am
Profesional: Paola Pacheco
Modalidad: presencial
Dirección: Cra. 69 #12-75

CITA PRESENCIAL:

SEÑOR USUARIO: RECUERDE LLEGAR CON 40 MINUTOS DE ANTICIPACIÓN PARA LEGALIZAR SU CITA, ADEMAS TRAER SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN Y VALOR DE CUOTA MODERADORA, SI APLICA

EN CASO DE NO PODER ASISTIR A LA CITA, FAVOR LLAMAR A CANCELAR CON 24 HORAS DE ANTICIPACION AL NUMERO 3009126536.

RECUERDE QUE PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO ES INDISPENSABLE LA PRESENCIA DEL PACIENTE. ADICIONAL SE INFORMA QUE NUESTRO NUEVO PORTAL WEB DE AGENDAMIENTO ES HTTPS://AGENDAMIENTOCITASLAPAZ.COM ESTA DISPONIBLE.

Cordialmente

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Clínica de Nuestra Señora de la Paz
BOGOTÁ | COLOMBIA

Agendamiento

www.cllapaz.com.co

KR 69 # 12-75 | Bogotá | Colombia

100 AÑOS EN COLOMBIA | ORDEN HOSPITALARIA DE San Juan de Dios

AVISO DE PRIVACIDAD PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Este mensaje y sus archivos adjuntos van dirigidos exclusivamente a su destinatario pudiendo contener información confidencial sometida a secreto profesional. No está permitida su reproducción o distribución sin la autorización expresa de CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ. Si usted no es el destinatario final por favor elimínelo e infórmenos por esta vía. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, el titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ, cuyas finalidades son: la gestión administrativa de la entidad, así como la gestión de carácter comercial y el envió de comunicaciones comerciales sobre nuestros productos y/o servicios.

Puede usted ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ, a la dirección de correo electrónico CLLAPAZ@CLLAPAZ.COM.CO, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección: KR 69 # 12-75 Antiguamente AV CENTENARIO 68 F 25 Bogotá, Distrito Capital - Colombia

---

De: Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>
Enviado: jueves, 13 de marzo de 2025 17:16
Para: CNSP - Agendamiento <Agendamiento@cllapaz.com.co>; CNSP - Viviana Katherine Pira Agudelo

<audiolinea@cllapaz.com.co>; Mireya chimbaco marin <m.chimbaco@gmail.com>
Asunto: PQR solicitud de citas de psiquiatría Pediátrica

Algunos contactos que recibieron este mensaje no suelen recibir correos electrónicos de laplatahuilagestoradecaso@gmail.com. Por qué es esto importante

[El texto citado está oculto]

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com> 7 de marzo de 2025, 11:41

Para: autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co

Estimados señores

Famisa,

Cordial saludo

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto.

Por medio de la presente, me permito solicitar su colaboración para la autorización de los medicamentos formulados al menor **Yosers Andrés Martínez Arias**, quien el dia 26 de febrero 2025 recibió atención en urgencias.

Adjunto a este correo la historia clínica correspondiente, en la cual se especifica la necesidad de los medicamentos requeridos para su tratamiento y registros civiles.

Agradezco de antemano su colaboración.

--

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	ATENTAMENTE. CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO CELI: 3105653706 gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.co

2 adjuntos

HISTORIS CLINICA Yosers Andres Martinez Arias.pdf
658K

Registro civil Yosers Andrés Martínez Arias.pdf
842K

Gmail FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>

SOLICITUD PORTABILIDAD PARA EL USUARIO DANIEL DE JESUS PARRA PEREZ

3 mensajes

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com> 11 de marzo de 2025, 23:53

Para: portabilidad@colsanitas.com, irma.almario@icbf.gov.co, yazmin.usme@icbf.gov.co, Comisaria de Familia de Guadalupe <comisaria@guadalupe-huila.gov.co>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, "snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co" <snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co>

11- 03- 2025

Pitalito -huila

Señores
Sanitas EPS

Cordial saludo

De manera atenta desde el operador FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO a cargo de hogares sustitutos modalidad protección del ICBF solicitamos de manera atenta de su apoyo y gestion para lograr portabilidad del usuario: DANIEL DE JESUS PARRA T.I 1.212.966.501
quien se encuentra bajo protección del ICBF en medida restablecimiento de derechos, con el fin de garantizar sus atenciones médicas y salud solicitamos trámite en portabilidad para el usuario al municipio de PITALITO, se tiene en cuenta que desde la llega del usuario a la modalidad no se ha logrado adelantar gestiones pertinentes que permitan garantizar el derecho al acceso a la salud. puesto que el trámite de portabilidad no ha logrado efectuarse a la fecha , desde el operador mostramos amplia preocupación ya que se a realizado esta solicitud con antelación, no siendo mas quedamos atentos a su amable y pronta respuesta

Atentamente

Nicolas Castaño
Gestor de caso
Contacto: 3118241198
Fundación social yo te cuido.

Tarjeta de Identidad DANIEL DE JESUS PARRA PEREZ (1).pdf
159K

CORREOINTERNOSNS <correointernosns@supersalud.gov.co> 12 de marzo de 2025, 10:31
Para: "gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com" <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>

20255100005300352

De: SNSNOTIFICACIONESJUDICIALES <snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co>
Enviado el: miércoles, 12 de marzo de 2025 7:55 a. m.

Para: CORREOINTERNOSNS <correointernosns@supersalud.gov.co>
Asunto: Fw: SOLICITUD PORTABILIDAD PARA EL USUARIO DANIEL DE JESUS PARRA PEREZ

From: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>
Sent: Tuesday, March 11, 2025 11:53:26 PM
To: portabilidad@colsanitas.com <portabilidad@colsanitas.com>; irma.almario@icbf.gov.co <irma.almario@icbf.gov.co>; yazmin.usme@icbf.gov.co <yazmin.usme@icbf.gov.co>; Comisaria de Familia de Guadalupe <comisaria@guadalupe-huila.gov.co>; FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>; COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>; SNSNOTIFICACIONESJUDICIALES <snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co>
Subject: SOLICITUD PORTABILIDAD PARA EL USUARIO DANIEL DE JESUS PARRA PEREZ

No suele recibir correo electrónico de gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com. Por qué es esto importante

[El texto citado está oculto]

Supersalud

Cuenta de Servicios
SNSNOTIFICACIONESJUDICIALES
snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co
Teléfono: (571) 744 2000
Carrera 68a N.º 24b-10. Torre 3 Bogotá, Colombia
www.supersalud.gov.co

Nota: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de la Superintendencia Nacional de Salud o de sus autoridades. La información contenida en este e-mail es confidencial y sólo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual está dirigido. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y borrar el mensaje recibido inmediatamente.

Note: The opinions expressed in this message are solely those of the author and do not necessarily represent the official views of the Superintendencia Nacional de Salud or its authorities. The information contained in this email is confidential and can only be used by the individual or entity to which it is addressed. If you are not the authorized recipient, any retention, dissemination, distribution or copying of this message is prohibited and punishable by law. If you receive this message by mistake, please forward it to the Superintendencia Nacional de Salud and delete the received message immediately.

Cuenta de Servicios
CORREOINTERNOSNS
correointernosns@supersalud.gov.co
Teléfono: (571) 744 2000 ext=10242
Carrera 68a N.º 24b-10. Torre 3 Bogotá, Colombia
www.supersalud.gov.co

Nota: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de la Superintendencia Nacional de Salud o de sus autoridades. La información contenida en este e-mail es confidencial y sólo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual está dirigido. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y borrar el mensaje recibido inmediatamente.

Note: The opinions expressed in this message are solely those of the author and do not necessarily represent the official views of the Superintendencia Nacional de Salud or its authorities. The information contained in this email is confidential and can only be used by the individual or entity to which it is addressed. If you are not the authorized recipient, any retention, dissemination, distribution or copying of this message is prohibited and punishable by law. If you receive this message by mistake, please forward it to the Superintendencia Nacional de Salud and delete the received message immediately.

Portabilidad EPS Sanitas <portabilidad@colsanitas.com> 12 de marzo de 2025, 17:01
Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.pitalito@gmail.com>
Cc: irma.almario@icbf.gov.co, yazmin.usme@icbf.gov.co, Comisaria de Familia de Guadalupe <comisaria@guadalupe-huila.gov.co>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, "snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co" <snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co>

Por favor leer el contenido del correo

Estimado señor afiliado,

Cordial Saludo,

En atención a su solicitud del cambio de atención médica para el municipio de PITALITO (HUILA), le informamos que la atención médica y odontológica para el afiliado(a) DANIEL DE JESUS PARRA TI**.** 1215966501 con fecha de inicio 12/03/2025, será por ESE HOSP MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR, ubicado en la Carrera 14 A 9 A - 65, teléfono 8364285.

A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.EPSSANITAS.COM/OFICINA VIRTUAL PUEDE CONSULTAR SU IPS ASIGNADA

Cualquier inquietud puede comunicarse con nuestra línea de atención Bogotá (60+1)3759000, Barranquilla (60+5) 3226888, Bucaramanga (60+7) 6852985, Cali (60+2) 3989340, Cartagena (60+5) 6545754, Medellín (60+4) 5908383, Villavicencio (60+8) 6611838, línea nacional de información general 018000919100.

Cordialmente,

Portabilidad EPS SANITAS

[El texto citado está oculto]

MEDIO AMBIENTE: ¿Necesita realmente imprimir este correo? **CONFIDENCIALIDAD:** La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y dirigida única y exclusivamente para uso de su destinatario.

Sana Mens	Gestión de las tecnologías y de la comunicación	TIC-FR-03	
	Formato	Versión: 01	
	Solicitud de la Historia Clínica	Página 1 de 1	

FORMATO UNICO DE SOLICITUD HISTORIA CLINICA

Ciudad: Cartagena — Fecha: 07 Marzo 2016

Nombres y Apellidos del titular de la Historia Clínica: Victor Manuel Cardona Calderon

Tipo Documento: CC.___ TI. X RC.___ NUIP.___ CE.___ — No. Documento de identidad 1117234933

Tipo de Solicitud: (marque con una x)
Usuario (a) [ ] Padre [ ] Madre [ ] Representante Lega [ ] Tercero Autorizado [X] Fallecido (*Sentencia T-343 de 2008*) [ ]

En caso de ser tercero Autorizado, Padre, Madre o representante legal (Especifique) Nombre y Apellidos Carlos Andres Cuna Rojas Edad 16 No. Documento 1077876357 Expedido en Cartagena

En caso de otro parentesco diferente al señalado deberá mediar una sentencia judicial

Motivo de Solicitud: (describa con su propia letra el motivo por el cual solicita la historia y/o para que será usada)

Para dar trazabilidad al Proceso de restablecimiento de derecho de la medida hogar Sustituto adscrito a la misma

"En ningún caso el solicitante podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud"

Registros que requiere: (Marque con una X)
Totalidad de la Historia Clínica: [X]
Registro Especifico alguna atención en la Fecha: [ ] DD/MM/AA
Registros durante periodo de tiempo: [ ] Desde DD/MM/AA Hasta: DD/MM/AA

Archivo: (Marque con una X)
Medio físico [ ] Medio Magnético [Y]

Firma:

Nombre completo Carlos Andres Cuna R. Documento 1077876357 de Cartagena

Huella digital

Espacio para uso del prestador

No. De folios
En letras: Uno — En números: 1

Costo de la Copia HC $_____ Letras_____

Folio del Libro de entrega de documentos donde firma la persona que obtiene la copia de la Historia Clinica
Libro No._____ Folio No._____ Fecha de entrega Copia HC DD/MM/AA

Estimado usuario por favor anexar los siguientes documentos:

Si es usuario: *Copia de su documento de identidad*
Si es menor de edad: *Copia de documento de identidad solicitante, copia documento de identidad de menor de edad, copia de registro civil en donde conste el parentesco.*
Si es discapacitado: *Copia de documento de identidad solicitante, copia de registro civil en donde conste el parentesco, matrimonio o Extra juicio de convivencia según el caso (Sentencia T-343 de 2008)*
Fallecido: *Copia de documento de identidad solicitante, copia del Registro de Defunción, copia de registro civil en donde conste el parentesco, matrimonio o Extra juicio de convivencia según el caso (Sentencia T-343 de 2008)*

Scanned with CamScanner

Gmail Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>

PQR solicitud de citas de psiquiatría Pediátrica

2 mensajes

Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com> 13 de marzo de 2025, 17:16
Para: Agendamiento@cllapaz.com.co, audiolinea@cllapaz.com.co, Mireya chimbaco marin <m.chimbaco@gmail.com>

La Plata Huila, 13 de marzo del 2025

Señores (as)
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

Cordial saludo,

Del correo que antecede de la madre sustituta MIREYA CHIMBACO, de los usuarios **JUAN CARLOS PAZ QUILINDO** identificado T.I N° 1081415451 Menor que requiere cita de control a en especialidad de psiquiatría pediátrica **Nº de autorización 293425932** Y **LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO** identificada con T.I 1081412013 quien requiere cita de control o de seguimiento especialidad de psiquiatría pediátrica con **Nº de autorización 290108464**. En calidad de gestora de caso de la Fundación Social Yo Te Cuido, me permito respetuosamente dirigirme a ustedes para solicitar apoyo en la asignación prioritaria de las citas y controles que requieren los menores. Por Favor agendar citas el mismo día ya que se desplazan del municipio de La Plata los hermanos Paz Quilindo.

Lo anterior con el fin de garantizar el derecho a la salud de la niña y la protección de todos sus derechos fundamentales.

Se anexa historia clínica y numero de autorizacion

Agradezco colaboración y apoyo
Quedando atenta

Atentamente,

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

Laura Ximena Losada Alvira
Gestor de caso
Fundación Social Yo Te Cuido
Contacto: 3222405877

LAURA XIMENA LOSADA ALVIRA
Gestora de caso
Fundación Social Yo Te Cuido La Plata

Control o de seguimiento por especialista en psiquiatría pediátrica..pdf
799K

CNSP - Agendamiento <Agendamiento@cllapaz.com.co> 18 de marzo de 2025, 7:47
Para: Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>, CNSP - Viviana Katherine Pira Agudelo <audiolinea@cllapaz.com.co>, Mireya chimbaco marin <m.chimbaco@gmail.com>

Buen día

Dando respuesta a la solicitud se programan controles por psiquiatría pediátrica
Señora Mireya Quilindo mamá de los pacientes acepta citas.

TI 1081415451 JUAN CARLOS PAZ QUILINDO

Fecha: viernes 28 de marzo 2025
Hora: 9:30am
Profesional: Paola Pacheco
Modalidad: presencial
Dirección: Cra. 69 #12-75

TI 1081412013 LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO

Fecha: viernes 28 de marzo 2025
Hora: 10:30am
Profesional: Paola Pacheco
Modalidad: presencial
Dirección: Cra. 69 #12-75

CITA PRESENCIAL:

SEÑOR USUARIO: RECUERDE LLEGAR CON 40 MINUTOS DE ANTICIPACIÓN PARA LEGALIZAR SU CITA, ADEMAS TRAER SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN Y VALOR DE CUOTA MODERADORA, SI APLICA

EN CASO DE NO PODER ASISTIR A LA CITA, FAVOR LLAMAR A CANCELAR CON 24 HORAS DE ANTICIPACION AL NUMERO 3009126536.

RECUERDE QUE PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO ES INDISPENSABLE LA PRESENCIA DEL PACIENTE. ADICIONAL SE INFORMA QUE NUESTRO NUEVO PORTAL WEB DE AGENDAMIENTO ES HTTPS://AGENDAMIENTOCITASLAPAZ.COM ESTA DISPONIBLE.

Cordialmente

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Clínica de Nuestra Señora de la Paz
BOGOTÁ | COLOMBIA

Agendamiento

www.cllapaz.com.co

KR 69 # 12-75 | Bogotá | Colombia

100 AÑOS EN COLOMBIA | ORDEN HOSPITALARIA DE San Juan de Dios

AVISO DE PRIVACIDAD PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Este mensaje y sus archivos adjuntos van dirigidos exclusivamente a su destinatario pudiendo contener información confidencial sometida a secreto profesional. No está permitida su reproducción o distribución sin la autorización expresa de CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ. Si usted no es el destinatario final por favor elimínelo e infórmenos por esta vía. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, el titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ, cuyas finalidades son: la gestión administrativa de la entidad, así como la gestión de carácter comercial y el envió de comunicaciones comerciales sobre nuestros productos y/o servicios.

Puede usted ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ, a la dirección de correo electrónico CLLAPAZ@CLLAPAZ.COM.CO, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección: KR 69 # 12-75 Antiguamente AV CENTENARIO 68 F 25 Bogotá, Distrito Capital - Colombia

---

De: Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>
Enviado: jueves, 13 de marzo de 2025 17:16
Para: CNSP - Agendamiento <Agendamiento@cllapaz.com.co>; CNSP - Viviana Katherine Pira Agudelo

<audiolinea@cllapaz.com.co>; Mireya chimbaco marin <m.chimbaco@gmail.com>
Asunto: PQR solicitud de citas de psiquiatría Pediátrica

Algunos contactos que recibieron este mensaje no suelen recibir correos electrónicos de laplatahuilagestoradecaso@gmail.com. Por qué es esto importante

[El texto citado está oculto]

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

03 de Marzo 2025 Garzón-Huila

Señores
Servicio de aprendizaje nacional.
Cordial Saludo,

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto.
Por medio de la presente, solicitamos información sobre la posible apertura o disponibilidad de cursos complementarios dirigidos a adolescentes y preadolescentes. Nuestro interés es brindar a los usuarios que se encuentran bajo la modalidad de hogares sustitutos la oportunidad de acceder a educación complementaria que favorezca su desarrollo académico y personal. Se relaciono la cantidad de usuarios y las edades.

11-18 años	17 usuarios

Agradecemos su atención y pronta respuesta.

ATENTAMENTE.
CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
CEL: 3105653706
CORREO:gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 002		
Hora: 3:30 PM	**Fecha: 21-03-2025**	
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA YO TE CUIDO PITALITO*	
Dependencia que Convoca:	*FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO GESTOR DE CASO*	
Proceso:	*MISIONAL – PROTECCION – RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS*	
Objetivo:	*Cuidar y velar por la protección de niñas, niños y adolescentes, para que todos aunemos esfuerzos en contra de cualquier tipo de violencia que pueda afectarles*	

Agenda:

- SALUDO DE BIENVENIDA
- INFORMACION GENERAL
- DESARROLLO TEMATICA PROPUESTA
- CIERRE TEMATICA
- COMPROMISOS

SALUDO:

Se da inicio al **encuentro formativo** dirigido a padres, madres biológicas y la red familiar extensa, en el marco de la jornada de encuentros biológicos desarrollada entre el **20 y el 21 de marzo**. Durante la apertura, se ofrece un cálido saludo de bienvenida con el propósito de fortalecer los lazos de confianza y generar un espacio acogedor, propicio para la interacción. Este ambiente favorece la participación activa de los padres biológicos, usuarios y profesionales, asegurando que todos se sientan cómodos y en disposición de compartir.

Información general: Las garantías de no repetición son medidas destinadas a prevenir la repetición de hechos que vulneraron derechos. Se aplican en contextos de justicia, protección infantil y derechos humanos, asegurando cambios estructurales y compromisos concretos para evitar futuras afectaciones. Incluyen reformas legales, formación, supervisión y medidas de protección para las víctimas.

Desarrollo:

En el marco de la programación de los encuentros biológicos, a lo largo de la jornada se lleva a cabo una sesión de sensibilización dirigida a madres, padres biológicos y la red familiar extensa vinculados a los procesos PARD de los usuarios con autorización para dichos encuentros. En este contexto, el gestor de caso de la Fundación Social realiza un acercamiento para brindar información relevante sobre la temática propuesta para el mes de marzo.

"GARANTIAS DE NO REPETICION"

En Colombia, las garantías de no repetición son un conjunto de medidas adoptadas para evitar que se repitan vulneraciones de derechos contra niños, niñas y adolescentes. Estas garantías buscan generar transformaciones

Powered by CamScanner

estructurales y asegurar que las condiciones que permitieron la afectación de derechos no se reproduzcan en el futuro.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), junto con otras entidades del Estado, implementa acciones orientadas a la prevención y protección de los menores de edad, garantizando su seguridad y bienestar en contextos familiares y comunitarios. A continuación, se presentan los principales componentes de estas garantías:

1. Identificación y prevención de riesgos

- Fortalecimiento de sistemas de alerta temprana para detectar factores de riesgo que puedan llevar a la repetición de vulneraciones.
- Sensibilización a familias, comunidades y profesionales sobre la importancia de la protección infantil.

2. Reformas normativas y políticas públicas

- Implementación y fortalecimiento de leyes y normativas que protejan a la niñez y prevengan la repetición de situaciones de vulneración.
- Creación de protocolos y guías de intervención para garantizar respuestas efectivas ante casos de vulneración de derechos.

3. Medidas de protección y acompañamiento a víctimas

- Garantía de atención integral para niños, niñas y adolescentes afectados, incluyendo apoyo psicosocial, educativo y de salud.
- Implementación de programas de reintegración familiar segura en caso de que el retorno con la familia de origen sea viable y garantice la protección del menor.
- En casos donde la convivencia familiar no sea segura, se buscan alternativas de acogida en entornos protectores como hogares sustitutos.

4. Acceso a la justicia y sanción a los responsables

- Investigación y judicialización de quienes hayan vulnerado derechos, con el fin de evitar la impunidad.
- Implementación de mecanismos de reparación para las víctimas, asegurando su recuperación y protección a largo plazo.

5. Seguimiento y monitoreo continuo

Powered by CamScanner

- Evaluación constante de las medidas adoptadas para verificar su efectividad y realizar ajustes cuando sea necesario.
- Creación de redes de apoyo comunitario para garantizar la protección infantil en el entorno social y familiar.

Las garantías de no repetición buscan transformar las condiciones estructurales que originan la vulneración de derechos, promoviendo entornos seguros y protectores para la niñez en Colombia. Estas medidas no solo protegen a las víctimas, sino que también generan cambios a nivel social y estatal para evitar futuras afectaciones.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA:







Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Adriana Lucia Peña Arias.	Independiente.		*Adriana Lucia Peña
Angelina Arias.	Ama de casa		*Angelina Arias
Yaqueline Males.	Reacladora.		*Yaqueline
Luis Roberto	Oficios Varios.		*L.R.
Yerlin Murillo	Oficios Varios.		*Yerlin Tatiana M.
Ana Lucia Urbano.	Oficios varios.		*analucia urbano
Jhoana Paiva Perez.	Ama de Casa.		*Jhoana Paiva
Jaime Alberto Reina.	Agricultor - Cafe.		*Jaime Reina
Luz Angelica Ortega.	Ama de casa		*Luz ortega
Blanca Nieves Bautista.	Ama de Casa.		Blanca Bautista
Dilly Bravo.	Ama de casa.		*Dilly paola Bravo
Ibis Ariadna Ceron.	Independiente		*Ibis
Juan Carlos Arboleda	Agricultor.		*Juan carlos

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	Por establecer fecha	Por establecer hora	Fundación social yo te cuido

Colaborador que elabora el acta:	KATALINA MENEZES -TRABAJADORA SOCIAL		
Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Katalina Menezes	Trabajadora social	Fundación social yo te cuido	Katalina M.

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 21-03-2025	HORA: 3:30
LUGAR: Fundacion Social Yo te Cuido	TEMA: Garantia de no repetición.
DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Menezes.	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	X			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.		X		
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.	X			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	X			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	X			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna		X		
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:		X		
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	Ninguna.			

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/06/2022 FECHA DE APROBACION: 01/06/2022

FECHA: 21-03-2025	HORA: 3:30
LUGAR: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	TEMA: GARANTIAS DE NO REPETICION
DATOS DEL CAPACITADOR: KATALINA MENEZES.	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	X			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	X			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.		X		
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarlas las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	NINGUNA			

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 21-03-2025 HORA: 3:30pm

LUGAR: Fundacion Salud yo te cuido TEMA: Generalidades de No radiación.

DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Meneses.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:		X		
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.		X		
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.		X		
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.		X		
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.		X		
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna		X		
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:		X		
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	Ninguna.			

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/05/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 21-03-2025 HORA: 3:30 pm

LUGAR: Fundación Social Yo te cuido TEMA: Garantías de no repetición

DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Menesez

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:		X		
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.		X		
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.		X		
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.		X		
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.		X		
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.		X		
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:		X		
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	Ninguna			

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024- 01/06/2022 FECHA DE APROBACION: 01/06/2022

FECHA: 21-03-2025	HORA: 3:30 pm
LUGAR: Fundacion social yo te cuido	TEMA: Garantias de no repeticion
DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Henao.	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:		X		
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.		X		
3. La calidad del contenido fue de calidad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.		X		
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.			X	
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.		X		
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.		X		
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.		X		
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna		X		
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:		X		
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	Ninguna.			

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 21-03-2025 HORA: 3:30 PM

LUGAR: Fundación Social Yo te cuido TEMA: Garantes no Repetición

DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Mendez M.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:		X		
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.		X		
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.		X		
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.		X		
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.		X		
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.		X		
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.		X		
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna		X		
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profecionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	Ninguna.			

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 21 marzo 2025	HORA: 3.30
LUGAR: Fundacion yo te cuido	TEMA: Garantia no reelection
DATOS DEL CAPACITADOR: Catalina Mena IEJ	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:		X		
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.		X		
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.		X		
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.		X		
6. Cómo calificarias la duración total de la capacitacion.		X		
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.			X	
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.		X		
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna			X	
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:			X	
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	Ninguna			

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 04:00 PM	**Fecha:28 DE MARZO DE 2025**
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede GARZON
Dependencia que Convoca:	Modalidad Hogar sustituto
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos
Objetivo:	Formular en articulación garantías colectivas dirigidas a las familias, que tiendan a deconstruir los patrones culturales que afianzaron la reproducción de hechos que llevaron al motivo de ingreso a los niños, niñas ya adolecentes.

Agenda:

1. Saludo a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
2. Contextualización sobre Garantías de No Repetición
3. Cierre de la actividad

Desarrollo:

Momento 1 Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.

Se inicia brindando un saludo especial por parte del talento humano del municipio de Garzón a cargo de Carlos Andrés Cuenca Rojas (GC) quien es el encargado de dirigir la actividad.

Momento 2: Contextualización sobre Garantías de No Repetición

En la jordana de fortalecimiento familiar se trabajó en el espacio de la fundación social "YO TE CUDO" con sede Garzón huila, en el que Se realizó una introducción sobre la importancia de la garantía de no repetición en el marco de la protección infantil, esto con el fin de que se pueda desarrollar entornos favorables para los usuarios ubicados en la modalidad que se encuentra en restablecimiento de derecho.

En el espacio se les indica sobre la importancia de que estas son medidas diseñadas para evitar que se repitan violaciones a los menores de edad, para esto se sensibiliza frente a las causas y

Scanned with CamScanner

consecuencias las cuales es importante general las acciones que causaron que el primogénito de los participantes del espacio estuvieron en la modalidad, como también a general espacio de reflexión sobre el rol como cuidadores y que puedo hacer para no volver a recaer en los hecho de repetición.

Seguidamente se le sensibilizar sobre la importancia de general espacios armoniosos los cuales son general espacio de fortalecimiento y vínculos con los distintos usuarios fomentando un entorno que propague una disciplina positiva.

Una de las recomendaciones dadas fueron las siguientes:

- Fortalecer la comunicación: esto buscando la validaciones de las emociones de los niños, niñas y adolescentes.
- Garantizar bienestar: empezar a desarrollar afecto, alimentación adecuada, educación y demás necesidades del usuario.
- Empezar a buscar ayuda profesional: si se entiende que tiene dificultades de desarrollar entornos positivos empezar a desarrollar estrategias con profesionales.
- Establecimiento de normas y límites claros: esto permitirá un entorno con límites y normas de convivencia.

Como cierre se les indica que una de las garantías que son; la implementación de mecanismos de supervisión y apoyo a las familias para prevenir situaciones de riesgo hacia los usuarios, fortalecimiento a las rutas de denuncias y protección, también se aborda sobre las normas y medidas de protección de los menores. Esto con el fin de asegurar que las familias biológicas de los niños que están bajo esta modalidad reciban el apoyo necesario para prevenir la repetición de los factores que llevaron a cabo la vulneración de los derechos de los menores.

De esta misma forma los padres adquirieron compromisos en el fortalecimiento de sus habilidades parentales, las cuales deben de asistir de manera puntual y los fortalecimientos familiares como

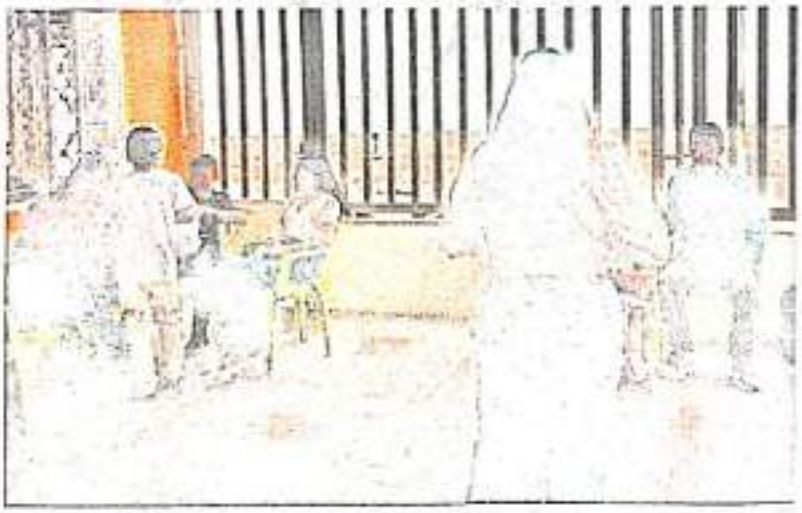
Scanned with CamScanner

también estar pendiente del proceso de restablecimiento de derechos, empezar a fortalecer y fomentar estrategias de crianza positiva y por ultimo gestionar entornos positivos para los usuarios.

Momento 3: Cierre de la actividad

La jornada termino resaltó la importancia del compromiso de los padres biológicos para garantizar la protección y bienestar de sus hijos. Se recordó que el ICBF y otras entidades seguirán acompañando y brindando apoyo en este proceso. Finalmente, se invitó a los asistentes a continuar participando en futuras sesiones de capacitación. Agradeciendo a los padres de familia por su participación y colaboración para el desarrollo de la actividad.

Evidencia fotográfica.



Scanned with CamScanner





Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Seguir realizando promoción de la modalidad.	*Equipo de la fundación social "Yo Te Cuido"*	*28 /03/2025*

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Karen Yesenia Alvarez	Trabajadora Social	Yo te cuido	Karen Yesenia Al
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por definir	Por definir	Por definir
Colaborador que elabora el acta:	Karen Yesenia Álvarez Caicedo		

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FR-PI-MI	12/09/2024
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD:

FECHA

HORA INICIAL:

HORA FINAL:

LUGAR

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
							PLANTA	CONTRATO			AM
1	Norma chavez	1077851920	mamá	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	Norma chavez
2	Yhorleny Gomez	1192890[illegible]	mama	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3208418021	-	Yhorleny Gomez.
3	Johan Aguilar	1082515[illegible]	madre	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3132710651	-	Johan Aguilar
4	Hubert chantre	4-690908	Aital	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3205207760	-	Hubert
5	mamipla mona			FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3205207760	-	mamiPla
6	Marco Yaquino	83227[illegible]	papa	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3143151057	-	Marcos Yaquino
7	Hermano Parra		Papi	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	320246[illegible]	-	Hermano
8	Maria Daisy Cuya Trocha		Mamá	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3132491011	-	Maria CT
9	Ana Montalla		Mama.	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3224022025	-	Ana Montalla.
10	Pastor Goez		Papá	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3224022025	-	Pastor Goez.
11				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
12				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
13				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
14				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
15				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
16				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
17				FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC - 026- 01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 9 del COMPONENTE TÉCNICO - 9) Realizar acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participe en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias.

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, llevo a cabo acciones para permitir que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participen en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y ajustando los tiempos acuerdo con la disponibilidad de las familias; entre las cuales se evidencian:

1. Encuentros biológicos y Fortalecimiento a familias biológicas – deconstruir los patrones culturales que afianzaron la reproducción de hechos que llevaron al motivo de ingresos de los niños, niñas y adolescentes al programa.

+ Garzón:28 /03/2025
+ Pitalito: 21/03/2025
+ La Plata: 21/03/2025

Neiva -05 de abril de 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:

Paola Marin - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Clara Ines Rojas Cumbe

Dirección: Cra 18N 3B1525 B/Las Palmas

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa sbrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Karen Yesenia Alvarez Conrado

Firma de la persona que realiza la verificación

Karen Yesenia Alvarez C.

CC. 1004442110 TP. 1004442110

Celular: 3138249598

Correo electrónico: Trabajosocial.garzon@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Olga Lucia Triana C.

Dirección: Cra 7EN 62 B/ Prado Alto

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Las condiciones habitacionales se encuentran a la fecha en optimas condiciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Laura Fernández Soto
Firma de la persona que realiza la verificación	Laura Fernández Soto
CC. 1077873295	**TP.** 219284
Celular: 3222386509	
Correo electrónico:	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Miriam Almario Calderon

Dirección: Cll 5N 6-53 B/Centro

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad de servicios se encuentra en buenas condiciones habitacionales para los usuarios.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Karen Yesenia Alvarez Coicedo

Firma de la persona que realiza la verificación

Karen Yesenia Alvarez

CC. 1004442140 **TP.** 1004442140

Celular: 3138249598

Correo electrónico: Trabajosocial.garzon@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Paola Liliana Barrera F.

Dirección: B/ Universitario - Guajira

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	N/A	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Sin observaciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Laura Fernanda Soto

Firma de la persona que realiza la verificación

Laura Fernanda Soto

CC. 1077893295 **TP.** 219284

Celular: 3222386509

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Ana Milena Fraguia

Dirección: Cll 3N-4C-21 B/El Bosque

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Sin observaciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Laura Fernandez Soto

Firma de la persona que realiza la verificación

Laura Fernandez Soto

CC. 1097873295 **TP.** 219284

Celular: 3222386509

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Alvira Vianed Cabrera Vargas

Dirección: B/ Sabambu

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	N/A	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

En la visita se evidencia una unidad en buenas condiciones de orden y limpieza adecuada para la prestación del servicio

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Karen Yaneth Alvarez Caicedo

Firma de la persona que realiza la verificación

Karen Yaneth Alvarez

CC. 1004442110 TP. 1004442110

Celular: 3138249548

Correo electrónico: Trabajosocial.garzon@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Marleny Fragoso Poveda

Dirección: Cll 7 N. 2E - 11 B/ Santa clara

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Sin observaciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Laura Fernández Soto

Firma de la persona que realiza la verificación
Laura Fernández Soto

CC. 1077873295 **TP.** 219284

Celular: 3222386509

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Fanny Cedel de Fernandez

Dirección: B/ Los Olivos.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	N/A	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad de servicio se encuentra en optimas Condiciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Karen Yesenia Alvarez Carreño

Firma de la persona que realiza la verificación
Karen Yesenia Alvarez

CC. 1004442140 TP. 1004442140
Celular: 3138249948
Correo electrónico: Trabajosocial.garzon@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Yenny Marcela Sierra

Dirección: Cra 11N 15 - A75 B/ Cuxa Comu

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.		No tiene.
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		No tiene
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.		No tiene Escaleras
19	Los balcones deben tener protección.		No tiene
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.		No cuenta con esta Poblacion
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.		No cuentan con Cámaras
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda se observa en buenas condiciones de aseo, orden he higiene

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Karen Yegenia Alvarez Caicedo

Firma de la persona que realiza la verificación
Karen Yegenia Alvarez.

CC. 1004442110 **TP.** 1004442110
Celular: 3138249548
Correo electrónico: Trabajosocial.yazor@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Oneida Suarez

Dirección: La Jagua

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La Vivienda cuenta con las condiciones adecuadas Para la Prestacion del servicio.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Karen Yesenia Alvarez Alcalá

Firma de la persona que realiza la verificación

Karen Yesenia Alvarez

CC. 1004442110 TP. 1004442110

Celular: 3138249548

Correo electrónico: Trabajosocial.guzman@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Vianey Galindo

Dirección: La Jagua

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda cuenta con las condiciones adecuadas para la prestacion del servicio.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Karen Garcia Alvarez
Firma de la persona que realiza la verificación	Karen Garcia Alvarez
CC. 1004442110	**TP.** 1004442110
Celular: 3138249598	
Correo electrónico: trabajosocial.garzon@gmail.com	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Stefanny Quevuru Garcer

Dirección: V/cuni Manzana A Casa 12

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.	✓	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	En proceso	
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.	En proceso de instalación	
19	Los balcones deben tener protección.	✓	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
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.	✓	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
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.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

La unidad de servicios no cuenta con la puerta provisional, más sin embargo esta en proceso de instalación

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Karen Yerenia Alvarez Caicedo

Firma de la persona que realiza la verificación

Karen Yerenia Alvarez

CC. 1004442110 **TP.** 1004442110

Celular: 3138749548

Correo electrónico: Trabajosocial.garzon@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Mireya Cruz Valenzuela

Dirección: Vereda Claros Corazón

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.	✓	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	✓	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	✓	
19	Los balcones deben tener protección.	✓	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
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.	✓	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
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.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

A la fecha se logra evidenciar optimas condiciones de la unidad de servicios

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Karen Yerenia Alvarez Callejo

Firma de la persona que realiza la verificación

Karen Yerenia Alvarez.

CC. 1004442140 | TP. 1004442140

Celular: 3138249548

Correo electrónico: Trabajosocial.gurzon@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Diana Patricia Barragan Paredes

Dirección: Corregimiento de Guacoche / Vereda el Tigre

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener reja 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	

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Se cuenta con la infraestructura adecuada y espacios adecuados para el bienestar de los usuarios en la Unidad.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Lucy Katalina Meneses Molina.
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1007950847	TP. 1007950847
Celular: 3157978819.	
Correo electrónico: trabajosocialyoteacuido.patakito@ymail.com	

Scanned with CamScanner

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acordo con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	

Scanned with CamScanner

29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

No se evidencia ninguna observación.
Todo se encuentra en orden.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Wey Katalina Meneses. Molina.
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1007750847.	**TP.** 1007750847.
Celular: 3156777819.	
Correo electrónico:	

YO TE CUIDO

Scanned with CamScanner

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	

Scanned with CamScanner

29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad de servicio esta al dia con los estipulado para el bienestar de los usuarios

Todo en orden.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Lucy Catalina Menezes Molina.
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1007750847.	**TP.** 1007750847.
Celular: 3156777819.	
Correo electrónico:	

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Omaira Diaz Molina

Dirección: Corregimiento de Guacoche

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda cuenta con la infraestructura adecuada y los espacios adecuados para el bienestar de los usuarios en la unidad

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Luz Katalina Menezes Molina.

Firma de la persona que realiza la verificación

CC.	1009950847	**TP.**	1009950847
Celular:	3156997819		
Correo electrónico:	trabajosocialyotecuido.prlatto@gmail.com		

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Paula Alejandra Rivera Garcia

Dirección: Cra 92A #27-21 los Arandanos

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda cuenta con las condiciones adecuadas y espacios acordes para el bienestar de los usuarios.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Firma de la persona que realiza la verificación	Luy Katalina Menezes
CC. 1007750847	**TP.** 1007750847
Celular: 3156777819	
Correo electrónico: trabajosocial yoteacuido.katalina@gmail.com	

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Rosalba Rosato.

Dirección: Cra 4 H 8-52

FUNDACIÓN SOCIAL

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	

Escaneado con CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Nory Shirley Gonzalez
Firma de la persona que realiza la verificación
Shirley Gonzalez.
CC. 1081897052 **TP.** 172058.
Celular: 3147988139
Correo electrónico:

Escaneado con CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Ana Milena Valencia

Dirección: 10E # 11-03.

FUNDACIÓN SOCIAL

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.	V	
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	

Escaneado con CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Shirley Contalet.
Firma de la persona que realiza la verificación
Shirley Contalet.
CC. 1081397052 **TP.** A2058.
Celular: 3149988289.
Correo electrónico:

Escaneado con CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Leidy Constenla Gomez.

Dirección: Cll 6 # 13-39

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	

Escaneado con CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Nory Shirley Gantelet Ordeñez
Firma de la persona que realiza la verificación
Shirley Gantelet.
CC. 1081397052 **TP.** 197058.
Celular: 3147986139.
Correo electrónico:

Escaneado con CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Yohenvi Arandeo

Dirección: Cra 6 # 8-68

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.	1	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	1	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Nora Shirley Echeverry.
Firma de la persona que realiza la verificación
Shirley Echeverry.
CC. 1081391057 **TP.** 47058.
Celular: 3147888134
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Olga Beatriz Sabogal

Dirección: Cra 4 # 2 - 99 sur.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	N/A	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener reja 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	

Escaneado con CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Nora Shulcy Contalet ardila
Firma de la persona que realiza la verificación
Shulcy Contalet.
CC. 1081397251 **TP.** 172058
Celular: 3147988259
Correo electrónico:

Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Elvia Yolima.

Dirección: Carrera 7 - 11 7 -62 Barrio Agez.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		X
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.		X
19	Los balcones deben tener protección.		X
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectores, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda no cuenta con Balcones y Escalera

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Cristian Camilo Arias
Firma de la persona que realiza la verificación	Cristian Camilo Arias
CC. 1010247019	**TP.** 1010247019
Celular: 3117431071	
Correo electrónico:	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Mireya Chimbaco.

Dirección: Calle 5A Sur # 17-14. Barrio Usa

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		X
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.		X
19	Los balcones deben tener protección.		X
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda no cuenta con señalero?

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Cristian Camilo Arias

Firma de la persona que realiza la verificación
Cristian Camilo Arias

CC. 1010242019 **TP.** 1010242019

Celular: 3112431071

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Marsaida Dorado

Dirección: Calle 3 Sur #1 9-13 Barrio: Camilo Toro.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		X
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.		
19	Los balcones deben tener protección.	X	X
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	r
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atienda a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda no cuenta con escaleras y balcones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Cristian camilo Arias
Firma de la persona que realiza la verificación	Cristian Camilo Arias
CC. 1010242019	**TP.** 1010242019
Celular: 3112431071	
Correo electrónico:	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901495702-9
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 Nieto.

Dirección: Ciudadela San Miguel

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		X
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.		X
19	Los balcones deben tener protección.		X
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las lomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

la vivienda no cuenta con escaleras u balcones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Cristian Camilo Arias
Firma de la persona que realiza la verificación	Cristian Camilo Arias
CC. 1010247299	**TP.** 1010247299
Celular: 3124727271	
Correo electrónico:	

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En Cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 11 del COMPONENTE TÉCNICO - cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, y las evidencias deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, no se presentaron eventos de daño antijurídico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de La Plata , Pitalito y Garzón.

Neiva -01 de abril 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuid

Elaborado y proyectado Paola Marin – coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-
Calle 11 N 3 -80 Cel. 3206193497

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR - HOGAR SUSTITUTO

ACTAVIDAD	DESCRIPCION	OBJETIVO	ESTRATEGIA	FECHA	EVIDENCIA	RESPONSABLE
	La divulgación de la modalidad Hogar sustituto hace referencia a los medios utilizados para visualizar e informar a las personas interesadas en constituirse como Hogar Sustituto, en qué consiste la modalidad y cómo ser un Hogar Sustituto. Los medios para usar en este propósito pueden ser: redes sociales (Instagram, Facebook, Twitter, páginas web, YouTube, etc.), avisos clasificados en prensa y redes sociales, avisos en revistas, volantes de circulación libre, pancartas, carteleras, avisos radiales comunitarios, etc. Todos aquellos que se consideren viables para llegar a las familias que puedan estar interesadas en desarrollar este rol solidario con las niñas, los niños y los adolescentes en PARD.	Realizar divulgación de la modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto en el departamento de Antioquia a fin de lograr vincular nuevas familias que permitan disminuir los casos de ubicaciones adicionales	Aviso cartelera informariva centro zonal del ICBF	**ENERO**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Divulgación de la modalidad a través de medios masivos de comunicación como redes sociales, periódicos y medios radiales locales.	**FEBRERO**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Articulación con entes territoriales para participación en actividades comunitarias que permitan la divulgación de la información con la comunidad en general	**MARZO**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
DIVULGACION DE LA MODALIDAD			Divulgacion en redes sociales, pagina oficial de yo te cuido	**ABRIL**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Socialización de información general de la modalidad además de los requisitos para postularse como familia sustituta en las juntas de acción comunal	**MAYO**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Divulgacion en carteleras informativas de instituciones como hospital, casa de la justicia, centros de salud.	**JUNIO**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Articulacion con las parroquias del municipio, para promover la divulgacion en los avisos parroquiales	**JULIO**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			participacion en escuelas de padres de instituciones educativas	**AGOSTO**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Publicidad en establecimientos comerciales	**SEPTIEMBRE**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Crear stand informativo en espacios publicos como parques, hacer entrega de folletos y demas informacion de la modalidad	**OCTUBRE**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Promocion de la modalidad con grupos de red de mujeres.	**NOVIEMBRE**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Voz a voz puerta a puerta por las principales barrios del municipio , divulgando la modalidad, apoyados en la entrega de folletos	**DICIEMBRE**	**ACTA**	equipos psicosociales y gestor de caso
			Voz a vos entre las familias sustitutas a fin de generar expectativa frente a la modalidad para que las familias interesadas presenten la solicitud.	**constantemente**		

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°03	
Hora: 10:30 am	**Fecha:** 24 de marzo del 2025
Lugar:	Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido
Dependencia que Convoca:	Fundación Social Yo Te Cuido – Equipo Interdisciplinario
Proceso:	Misional – Protección – Restablecimiento de Derechos.
Objetivo:	Realizar divulgación de la modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto en el municipio de La Plata a fin de lograr vincular nuevas familias.

Agenda:

Saludo de bienvenida.

Introducción de la invitación

Desarrollo del comunicado de interés de la modalidad hogar sustituto

Requisitos obligatorios para vincularse a la modalidad.

Números de contactos y dirección de localización de la sede Yo te Cuido.

Momento 1: Abordaje a las personas que pasan por el stand y se les da un saludo de bienvenida

El gestor de caso inicia comunicando acerca de si conocen la modalidad hogar sustituto, y prosigue a explicar que significa como trabaja y lo que se esta realizando este día. Luego se hace entrega del volante donde se encuentra la
información del hogar sustituto, los requisitos para la vinculación al hogar y los respetivos números de contacto en caso de estar interesada o interesado en hacer parte de la modalidad y ser hogar sustituto..

Momento 2: Introducción de la invitación
Se menciona el objetivo del comunicado el cual es la apertura de la vinculación de familias sustitutas para el municipio de la Plata en la modalidad de hogar sustituto.

Momento 3: Desarrollo del comunicado de interés de la modalidad hogar sustituto.
Se informa sobre que es la modalidad, su función, y como se trabaja..

Momento 4: Se informa acerca de los requisitos obligatorios para vincularse a la modalidad de hogar sustituto ypara terminar se informa la localización de la sede y los números de contacto para mayor información.

Evidencias Fotográficas:

Powered by CamScanner



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Continuar divulgando la modalidad a través de los diferentes canales de comunicación del municipio.	Profesionales Fundación Social Yo te cuido.	Permanente

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**

Powered by CamScanner

LAURA XIMENA LOSADA	Gestora de caso	Fundación Social Yo te cuido	
PAOLA ANDREA MARIN	Coordinadora	Fundación Social Yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Marzo	Por establecer	Fundación social yo te cuido sede La Plata
Colaborador que elabora el acta:	Laura Ximena Losada		

PÚBLICA

Powered by CamScanner

RE: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

De Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Para hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Fecha 2024-05-02 14:49

Buenas tardes,

Una vez revisados los ajustes, se emite concepto de aprobación del Plan de Prevención de Daño Antijurídico.

Es necesario documentar el cumplimiento de las acciones aquí contempladas, a fin de dar cuenta del cumplimiento del cronograma.

Cordial saludo,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Yuly Paola Montealegre Zanabria
Contratista
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 No 1E-40
Teléfono: 608 8604700 Ext. 838021
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Enviado: jueves, 2 de mayo de 2024 13:33
Para: Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Asunto: Re: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

El 2024-04-26 09:03, Yuly Paola Montealegre Zanabria escribió:

> Cordial saludo doctora Yuly
>
> Adjunto envió plan de accion de daño Antijurídico en el cual tomamos en cuenta las orientaciones dadas en el correo que antecede
>
> Quedamos atentos ante cualquier orientación; agradecemos el apoyo y valiosa colaboración.
>
> YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES
> COORDINADOR
> FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
>
> Muy buenos días Yudy,
>
> Una vez revisado el Plan es necesario realizar algunos ajustes relacionados con los eventos de reporte, dentro de los cuales Violencia Sexual, Fallecimiento, Conducta Suicida y Lesiones; el evento de riñas es un evento de seguimiento en SRPA y no aplica a las Modalidades de Restablecimiento de Derechos.
>
> A continuación relaciono algunas orientaciones Generales sobre los diferentes temas que pueden incluirse, así como las estrategias a emplear con el objetivo de fortalecer el Plan presentado:
> **Temas para fortalecer implementación de la política de prevención del daño antijuridico:**
>
> •Diferencia entre autolesión y conducta suicida
> Rutas de activación, acciones preventivas en el evento de conducta suicida, Violencia Sexual
> •Violencia sexual y conducta suicida.
> •Prevención de la conducta suicida, signos y síntomas.
> •Prevención y manejo de conductas que alteran la convivencia.
> •Responsabilidad contractual y extracontractual.
> •Con los usuario enfoque de derechos y mecanismos de participación.
> •Atención en crisis- manejo de ira- comunicación asertiva.
> •Contención en crisis
> •Fortalecimiento del Talento Humano y las Madres Sustitutos
> •Manejo conductual y emocional de los usuarios.

•Fortalecer los componentes contemplados en el Plan de Daño Antijurídico de acuerdo con las fechas especiales del año como por ejemplo el Día Mundial Contra la Prevención del Sida, Día Mundial de la Prevención del Suicidio, Semana de la Salud Mental, entre otras.
•Liderazgo, resolución de conflictos, conducta suicida, entre otros. Así como de estrategias y actividades lúdico-pedagógicas que fortalezcan habilidades para la vida, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, entre otros aspectos que favorecen el adecuado desarrollo y mejora en la convivencia entre los adolescentes y jóvenes.
Fortalecer el área de Salud Sexual y Reproductiva, principalmente en el autocuidado y respeto por el otro. •Fortalecer espacios de talleres y/o sesiones psicoeducativas de "cuidados al cuidador" para profesionales y Madres sustitutas.

Propuestas para fortalecer la implementación de la política de prevención del daño antijuridico

- Diseño de material pedagógico y bibliográfico de la PPDA.
- Uso de estrategias metodológicas, lúdicas, artísticas y participativas con los usuarios para prevenir la ocurrencia de los diferentes eventos
- Acompañamiento trimestral a lo reportado.
- Construcción de entornos protectores de salud mental.
- Concertación de cronograma del plan de acción
- Grupos de estudio sobre el Protocolo de intervención en crisis.
- Capacitación (no asistencia técnica) con profesionales especializados en los temas mencionados anteriormente

Quedo atenta a los ajustes para su aprobación.

Cordial saludo,

De: hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Enviado: miércoles, 24 de abril de 2024 14:07
Para: Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Asunto: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

Cordial saludo doctora Yuly
De manera comedida me permito enviar adjunto plan de accion de daño antijuridico elaborado desde el equipo de la fundación, quedo al tanto de cualquier orientación al respecto.
Agradezco el apoyo y valiosa colaboración.
--
YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES
COORDINADOR
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

--

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

RV: Política de Prevención del Daño Antijurídico (PPAD) del ICBF 2024-2025- RD

2 mensajes

Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co> 21 de marzo de 2025, 9:35 a.m.
Para: MARICELY GUILOMBO <maricely.guilombo@albergueinfantilneiva.org.co>, "bibiana.feuillet@albergueinfantilneiva.org.co" <bibiana.feuillet@albergueinfantilneiva.org.co>, hsfneiva <hsfneiva@gmail.com>, Doris Coronado Salgado <f.fundardoris@gmail.com>, BELCY YOLIMA ARENAS BARRERA <belcyyolima@hotmail.com>, Fundacion siderum <fundacionsiderum@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, "representantelegalyotecuido@gmail.com" <representantelegalyotecuido@gmail.com>, FUNDACION VIDA Y PAZ <fundacionvidaypaz75@gmail.com>, fusefhuila813 <fusefhuila813@hotmail.com>, "edelmiraher@gmail.com" <edelmiraher@gmail.com>, "fundacioncajlos@gmail.com" <fundacioncajlos@gmail.com>, "FUNSAMIFUNDACION@GMAIL.COM" <FUNSAMIFUNDACION@gmail.com>, "fundacionsocialfunsam@gmail.com" <fundacionsocialfunsam@gmail.com>
CC: Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>

Buenos días apreciados compañeros operadores de las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, reenvío correo que antecede con los adjuntos requeridos, para fines pertinentes.

Quedamos atentas a cualquier inquietud.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Yazmin Usme Olmos
Profesional Universitario
Grupo Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 N° 1E – 40 B/ San Vicente de Paúl
Teléfono: 608 8604700
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are

the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

---

Muy buenos días Apreciados Operadores de Modalidades y Servicio de Restablecimiento de Derechos,

En atención a lo dispuesto en la Resolución No. 08052 de 2023 por la cual se adopta la Política de Prevención del Daño Antijurídico (PPAD) del ICBF 2024-2025, y dando continuidad a lo desarrollado e implementado en la vigencia 2024, de manera atenta se brindan algunas orientaciones para el cumplimiento:

1. **Reporte Mensual de Eventos relacionados con Daño Antijurídico**

- De manera mensual se debe informar a la Supervisora del contrato y la autoridad Administrativa los Eventos presentados relacionados con lesiones que generan incapacidad, conducta suicida, fallecimientos y violencia sexual. Adicional a lo anterior, se debe reportar a la Regional al correo de Yazmin.usme@icbf.gov.co en el formato f1.g17.p_formato_reporte_de_eventos_en_las_modalidades_y_servicio_v5; la fechas para el reporte de los eventos de lesiones que generan incapacidad y los de conducta suicida es hasta el tercer (3) día del mes siguiente a la ocurrencia del evento, mientras que, los eventos de violencia sexual y fallecimientos se reportan de manera inmediata. (Adjunto formato)

- Una vez se presentan dichos eventos se deben garantizar la implementación de las acciones contenidas en la g17p_guia_de_orientaciones_para_seguridad_y_prevencion_de_situaciones_de_riesgo_de_los_nna_las_modalidades_y_servicios_de_restablecimiento_de_derechos_v7.pdf, para cada evento.

- Si durante el mes no se presentan eventos de Daño Antijurídico, cada operador deberá expedir (los tres primeros días del mes siguiente) al supervisor del contrato con copia a Yazmin.usme@icbf.gov.co , un certificado de no ocurrencia de eventos relacionados con lesiones, conducta suicida, fallecimientos y violencia sexual, el cual debe estar debidamente firmado, especificando el periodo de tiempo, la modalidad o servicio y el número del contrato.

2. **Plan de Acción Política de Prevención del Daño Antijurídico (PPAD) del ICBF 2024-2025**

- Cada Operador deberá establecer las estrategias y conjunto de acciones tendientes a prevenir eventos de conducta suicida, violencia sexual, fallecimientos, lesiones y riñas que puedan afectar a los y las adolescentes y jóvenes que se encuentran en las modalidades a cargo de las subdirección Responsabilidad Penal – SRD y SRP; así como, hacer frente a las situaciones presentadas y las recomendaciones derivadas de la asistencia técnica y demás espacios de fortalecimiento sobre este tema, adelantados durante 2024. En este punto es importante mencionar que en la Guia de orientaciones para seguridad y prevención de situaciones de riesgo, se encuentran descritas las diferentes acciones de prevención que pueden implementarse.

- A partir del análisis de causas de los eventos ocurridos en el año 2024, es viable que cada Operador pueda incluir en sus planes de acción otros eventos que consideren de riesgo, como por ejemplo: abandono *irregular de la medida*

- Todas las acciones para prevenir la ocurrencia de eventos de Daño Antijurídico, deben plasmarse en el formato PLAN DE ACCIÓN POLITICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURIDICO 2025 (el cual se adjunta)

- En la Construcción del Plan de Acción para la prevención de Daño Antijurídico, cada uno de los operadores deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

    - Deben ser concordantes con las posibles situaciones de riesgo que pueden presentarse en el marco de la prestación del servicio.

    - Para cada modalidad se deben contemplar eventos cuya posibilidad de ocurrencia resulte más probable por las características propias del servicio.

    - En el ítem “análisis de causas o sub-causas” se debe plasmar un contexto general complementado con la descripción de las situaciones específicas que se presume originan dichos eventos.

    - Se invita a la innovación de las estrategias a proponer e implementar para evitar o mitigar las situaciones de riesgo en la prestación del servicio.

    - Con respecto a los cronogramas de implementación de los planes, se debe desarrollar como mínimo una acción de manera mensual.

    - Para el caso de operadores que tienen varias modalidades, se deberá entregar el plan de acción por cada contrato de aporte; si un contrato de aporte contempla varias sedes se tendrá que hacer la diferenciación en el contexto.

- Los planes de acción tienen una vigencia anual.

- Para la aprobación del los plan de acción cada Operador debe remitirlo al Grupo de Asistencia Técnica de la Regional a la profesional Yazmin.usme@icbf.gov.co, para brindar la retroalimentación que corresponda y emitir una comunicación en la que conste la revisión y aprobación de dicho plan.

Por último, se aclaran las fechas en las que se realizará la verificación del seguimiento de las acciones descritas en el punto 1 y 2 del presente correo:

ACTIVIDAD	FECHA
Reporte eventos daño antijurídico	Mensualmente: lesiones que generen incapacidad médica y conducta suicida. Inmediatamente: fallecimientos, violencia sexual
Envío del Plan de Acción por parte de cada Operador	25/03/2024
Retroalimentación y Aprobación por parte de la Regional	del 26 de marzo al 5 de Abril de 2025
Primer reporte de avances y seguimiento a los Planes de Acción	20/06/2025

Segundo reporte de avance	15/11/2025
Tercer Reporte de avance e informe Final	15/12/2025

Quedo atenta aclara cualquier inquietud que pueda surgir sobre el asunto dirigirlo a la profesional Yazmin Usme Olmos.

Atentamente,

BIENESTAR FAMILIAR

YULY PAOLA MONTEALEGRE ZANABRIA
Psicóloga Contratista – Equipo de Protección
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 1E-40
Teléfono: 608 8604700 Ext. 838021
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: CLASIFICADA

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

2 archivos adjuntos

DAÑO ANTIJURIDICO ICBF año 2025 (1).pdf
3794K

PLAN DE ACCIÓN DE PREVENCIÓN -DAÑO ANTIJURIDICO -RD 2025.xls
55K

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com> 25 de marzo de 2025, 10:52 a.m.
Para: Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>

Cordial saludo

Adjunto Plan de Acción de la fundación social yo te cuido.

Quedando Atenta

[Texto citado oculto]

--

Atentamente:



PLAN DE ACCION DAÑO ANTIJURIDICO ACTUALIZADA(1).xlsx
36K

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3	
Hora: 3:30 p.m	**Fecha: 31 de marzo de 2025**
Lugar:	Sector barrio trinidad
Dependencia que Convoca:	Fundación Yo Te Cuido
Proceso:	Misional – Protección – Restablecimiento de derechos
Objetivo:	Convocatoria de vinculación de madres sustitutas (Divulgación)

Agenda:

-Socializacion & autorización a hospital departamental san Antonio de Pitalito y alcandía municipal

-finalidad de la modalidad hogar sustituto

-Publicación de poster.

-Evidencia

Socialización de autorización: Siendo 31 de marzo a las 2:30 pm el gestor de caso Nicolas castaño se acerca al hospital departamental san Antonio de Pitalito y alcaldía municipal con el fin de acercarse a las personas encargadas para socializarles la finalidad de la modalidad hogar sustituto.

Finalidad de la modalidad hogar sustituto: La modalidad de Hogar Sustituto del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) tiene como finalidad ofrecer un entorno familiar temporal y adecuado a niños, niñas y adolescentes que han sido separados de su núcleo familiar por situaciones de vulnerabilidad, abuso o desprotección. El objetivo es proporcionarles cuidado y protección en un ambiente familiar que pueda cubrir sus necesidades afectivas, educativas, nutricionales y de salud, mientras se encuentra una solución definitiva para su situación, como puede ser la reintegración con su familia biológica o la adopción.

Esta modalidad se utiliza como una alternativa a la institucionalización, buscando siempre el bienestar y la integración de los menores en un entorno que promueva su desarrollo integral. El

PÚBLICA

hogar sustituto también busca ofrecer un espacio de afecto y estabilidad emocional, lo cual es fundamental para el crecimiento y el bienestar de los niños y adolescentes en esta situación. La

Poniendo en conocimiento la modalidad, solicitamos amablemente, que nos permita publicar poster informativo en donde se radica la solicitud para posterior esperar respuesta y permiso para la publicación de convocatoria y poster informativo para la comunidad y familias que quieran vincularse como hogar sustituto

Radicado de solicitud: el día 3 de abril se radica solicitud para la publicación de poster informativo en las carteleras de socialización en el hospital y la alcaldía municipal, para este mismo dia se acepta dichas solicitudes y permiten la publicación de poster informativo a continuación se relaciona evidencia fotográfica y radicados de las solictudes hechas.

Evidencias fotografías





Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.



Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Continuar divulgando la modalidad a través de los diferentes canales de comunicación del municipio.	Equipo interdisciplinario del operador	Permanente

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Nicolas Castaño	Gestor de caso	Yo Te Cuido	Firma en original
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	24- 04- 2025	Por establecer	Yo Te Cuido
Colaborador que elabora el acta:	Gestora de caso- Nicolas Fernando castaño		

PÚBLICA

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO DE CARTA U OFICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022

ALCALDÍA DE PITALITO
Radicado No. : 2025PQR00012957 2025-04-03 16:03:37
Versión Vigencia : 2025PQR00012957
Dependencia : Despacho
Documento : Solicitudes
Folios : 1
Radicador : 1
Sede : YAMILETH HERNANDEZ RANIREZ
Cúmico de seguimiento : Principal
: 67C667033606AC01

Página 4 de 67

Pitalito, Huila 03 de abril de 2025

Señores:

ALCALDIA MUNICIPAL
DE PITALITO

Dirigido a: Responsable o encargado.

Asunto: Solicitud de permiso para publicación o divulgación de poster informativo en la cartelera informativa de la alcaldía.

Cordial saludo

Respetuosamente desde el operador para el ICBF- Fundación Social Yo te Cuido, quienes actualmente nos hacemos cargo de la administración de hogares sustitutos y modalidad familia de acogida para el ICBF en el municipio de Pitalito, extendemos nuestra solicitud de apoyo donde se nos permita articular interinstitucionalmente con la alcaldía de Pitalito la socialización y divulgación de la estrategia y del programa mencionado anteriormente, la finalidad es poder exponer o publicar poster informativo donde se socializa y se hace la invitación a toda la comunidad o personas interesadas que quiera conocer la modalidad y para las personas que quiera vincularse o hacerse participen en la conformación de nuevos hogares sustitutos, exponiendo esta situacion de amenra atenta amable y respetuosamente solicitamos de su permiso para la publicación del mismo, no siendo mas nuestro motivo de solicitud quedo atento a su amable y pronta respuesta, y agradezco la atención prestada

Anexo: 1 folio
Cordialmente;

Nicolás Castaño

NICOLAS CASTAÑO
Gestor de caso
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

Contacto: 3118241198

Correo: gestordecasoyotecuido.pitalitosoyotecuido.pitalito@gmail.com

Scanned with CamScanner

ESE HOSPITAL SAN ANTONIO PITALITO
Radicado No:2025ODR00001345
Consecutivo :2025CDH00001345
Fecha :2025-04-03 16:24:05
Requerimiento :Correspondencia
Documentos :Oficios
Anexos :1
Folios :2
Radicado por :Maria camenza Bravo Salamanca
C. Único de seguimiento :332E18E7B21734A0

Pitalito, Huila 03 de Abril de 2025

Señores:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO.
PITALITO

Dirigido a: Responsable o encargado.

Asunto: Solicitud de permiso para publicación o divulgación de poster informativo en la cartelera informativa del hospital

Cordial saludo

Respetuosamente desde el operador para el ICBF- Fundación Social Yo te Cuido, quienes actualmente nos hacemos cargo de la administración de hogares sustitutos y modalidad familia de acogida para el ICBF en el municipio de Pitalito, extendemos nuestra solicitud de apoyo donde se nos permita articular interinstitucionalmente con la alcaldía de Pitalito la socialización y divulgación de la estrategia y del programa mencionado anteriormente, la finalidad es poder exponer o publicar poster informativo donde se socializa y se hace la invitación a toda la comunidad o personas interesadas que quiera conocer la modalidad y para las personas que quiera vincularse o hacerse participen en la conformación de nuevos hogares sustitutos, exponiendo esta situación de amena atenta amable y respetuosamente solicitamos de su permiso para la publicación del mismo, no siendo más nuestro motivo de solicitud quedo atento a su amable y pronta respuesta, y agradezco la atención prestada

Anexo: 1 folio
Cordialmente;

Nicolas Castaño

NICOLAS CASTAÑO
Gestor de caso
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

Contacto: 3118241198

Correo: gestordecasoyotecuido.pitalitosoyotecuido.pitalito@gmail.com

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC - 026- 01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 13 del COMPONENTE TÉCNICO - 13) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la modalidad de acuerdo con lo establecido en el Política de Prevención del Daño Antijurídico.

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 marzo del 2025, no se presentaron eventos de daño antijurídico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de La Plata , Pitalito y Garzón.

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

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

REPORTE MENSUAL DAÑO ANTIJURIDICO

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com> 3 de abril de 2025, 11:38 p.m.
Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>, Irma Constanza Almario Perdomo <irma.almario@icbf.gov.co>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>
CC: representantelegalyotecuido@gmail.com

Cordial saludo

Supervisoras del contrato, de manera respetuosa, me permito enviar adjunto certificación donde se indica que durante el mes de marzo 2025 en los municipios de La Plata, Garzon y Pitalito no se presentaron situaciones que conllevaran a reporte al daño antijurídico.

Quedando Atenta

--
Atentamente:



Certificado Daño Antijuridico MARZO025.pdf
142K

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 02:00 PM	**Fecha: 28 DE MARZO DE 2025**
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede GARZON
Dependencia que Convoca:	Modalidad Hogar sustituto
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos
Objetivo:	Realizar divulgación de la modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto en el municipio de garzon huila a fin de lograr vincular nuevas familias que permitan disminuir los casos de ubicaciones adicionales

Agenda:

1. Saludo a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
2. Presentación en la modalidad en espacios de participación comunitarias.
3. Cierre de la actividad

Desarrollo:

Momento 1 Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.

Se incia el espacio brindando saludo y agradecimiento por elespacio permitido hacia el talento humano de la fundaicon social "YO TE CUIDO" de la sede del municipio de Garzón el cual es el gestor de caso Carlos Andres Cuenca Rojas (GC) quien es el encargado de dirigir la actividad.

Momento 2: Presentación en la modalidad en espacios de participación comunitarias.

Como parte de la articulación con entes territoriales y la participación en actividades comunitarias, se llevaron a cabo jornadas de socialización en la institución educativa Barrios Unidos y espacios sociales estratégicos como lo es la cámara de comercio dentro del departamento del huila en el municipio de Garzón. Durante estas actividades se informó a la comunidad sobre los requisitos, beneficios y la importancia de los hogares sustitutos en la protección y bienestar de la niñez.

El espacio se desarrolló primeramente en media por medio de unas Charlas informativas con padres de familia en instituciones educativas barrios unidos, en donde se les informo por medio

Scanned with CamScanner

de distribución de material informativo sobre la modalidad de hogares sustitutos en este espacio se propago la información por medio de un folleto el cual suministra la información necesaria como también se sensibiliza frente a la información. De esta misma forma se realizo una jornada de socialización en el espacio de la cámara y comercio, en donde se presento la modalidad y se invitó a la comunidad que se encontraba en el espacio a formarse como familias sustitutas para esto se presento la modalidad por medio de multimedia.

Para esto se informó sobre las características las cuales debe tener un hogar sustituto las cuales son que deben de tener y fomentar un entorno armonioso, la familia debe de gestionar un trato digno a los NNAJ, debe de recibir sin importar raza, creencia o condiciones, la vivienda debe contar con el espacio habitacional y la unidad de servicio debe de garantizar tiempo de calidad como gestiones.

Asi mismo se sensibiliza sobre los requisitos los cuales son la edad la cual corresponde a 23 a 55 años de edad, debe de haber cursado mínimo hasta noveno grado pero tiene un año para culminar su proceso académico, debe tener experiencia en proceso de crianza, y por ultimo tener la disponibilidad de tiempo.

A la hora de cierre de ambos espacios se resuelve las dudas las cuales se evidencia que los interesado y demás personas que participaron salieron con la información suministrada a las interesadas se les invita a que se acerquen a las oficinas de la fundación para sensibilizar más información frente a la modalidadSe fortalecieron redes de apoyo con instituciones educativas y organizaciones comunitarias para futuras actividades de difusión.

Momento 3: Cierre de la actividad

La jornada termino agradeciendo a los dos espacios que nos permitieron poder difundir la modalidad y se procede a retirar del espacio los involucrados del evento.

Evidencia fotográfica.

Scanned with CamScanner







Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Seguir realizando promoción de la modalidad.	*Equipo de la fundación social "Yo Te Cuido"*	*25 /04/2025*

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Carlos Andres Cuenca Rojas	Gestor Social	Yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por definir	Por definir	Por definir
Colaborador que elabora el acta:	Carlos Andres Cuenca Rojas.		

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 15 del COMPONENTE TÉCNICO - 15) Elaborar y mantener actualizadas todas las bases de datos de los hogares sustitutos de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.

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 realizó actualización de todas las bases de datos de los hogares sustitutos ubicados en los centros zonales de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:

Paola Marin - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

CRONOGRAMA FORTALECIMIENTO TECNICO MADRE SUSTITUTAS

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com> 17 de febrero de 2025, 12:37 p.m.
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <irma.almario@icbf.gov.co>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
CC: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, representantelegalyotecuido@gmail.com

Cordial saludo

Doctoras adjunto cronograma de fortalecimiento técnico a madres sustitutas de los próximos seis meses .

Para su conocimiento y fines pertinentes

--
Atentamente:



CRONOGRAMA FORTALECIMIENTO TECNICO MADRES SUSTITUTAS JUNIO .pdf
88K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC - 026- 01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 16 del COMPONENTE TÉCNICO - 16) Cumplir con el proceso de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas, presentando para ello al supervisor del contrato un cronograma semestral con fechas, responsable e indicadores, en donde se incluyan todas las temáticas establecidas en el manual operativo de la modalidad.

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, realizó actividades de fortalecimiento familiar con las madres en guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad .

+ Garzón: 28-03-2025
* Pitalito: 31-03-2025
+ La Plata:11-03-2025

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:

Paola Marin - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Gmail Financiera YoTe Cuido <financierayotecuido@gmail.com>

REV. Planillas del servicio y COSTO FIJOS Cto. 41006922024 MES de MARZO de 2025

Financiera YoTe Cuido <financierayotecuido@gmail.com> 4 de abril de 2025, 20:24
Para: irma.almario@icbf.gov.co, Leidy.Sanchez@icbf.gov.co, claudia.vidal@icbf.gov.co
Cc: Linam.cubillos@icbf.gov.co, gislatatianasilva@gmail.com, layla.betancourt@icbf.gov.co

Doctoras
Irma Almario
Leidy Sanchez
Claudia Vidal
Coordinadoras/Supervisoras del Contrato

Lina Maria Cubillos
Profesional GAT

Gisla Tatiana Silva
Profesional Financiera

Cordial Saludo,

Por medio de la presente envío planillas de atención para su respectiva verificación y aprobación de las planillas adjuntas correspondientes al mes de marzo de 2025.

Quedo atento a cualquier inquietud.

--
Atentamente;
YURY MARCELA CASTRO YASNO
Revisora Fiscal Fundacion Social Yo Te Cuido
Financiera.

2. Rev Costo fijo Planilla HS YO TE CUIDO MARZO 2025 CTO 41006922024.xlsm
335K

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3		
Hora: 3:30 p. m		**Fecha:** 11 de marzo de 2025
Lugar:	Mirador 360	
Dependencia que Convoca:	Fundación Social Yo Te Cuido – Gestor de caso	
Proceso:	Fortalecimiento Técnico a Madres sustitutas	
Objetivo:	Proporcionar a los participantes herramientas y estrategias efectivas para guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad .	

Agenda:

- Saludo de Bienvenida
- Información general
- Objetivo
- Desarrollo temático
- Desarrollo de preguntas o inquietudes.
- Compromisos

Saludo de Bienvenida:

Dando cumplimiento al encuentro el día lunes 10 de marzo a las 3:30 de la tarde el equipo interdisciplinario se reúne en el mirador 360 con el fin de dar cumplimiento al encuentro programado con el fin de abordar temática planteada, se brinda caluroso saludo de bienvenida con el fin de socializar y hacer de este un espacio ameno tranquilo de aprendizaje y formación.

Información General: Se brinda información general a la madre sustituta con el fin de socializar o despejar dudas frente a diferentes situaciones que se han presentado a lo largo del mes de marzo

Desarrollo temático:

“Guía de orientaciones prevención de situaciones de riesgo. * * Fallecimiento * Riñas * manejo cambio de medida * Abandono irregular

El ICBF tiene una normativa clara y específica para la modalidad de restauración de derechos, que establece cómo deben ser manejadas las situaciones de riesgo. La institución realiza seguimiento y monitoreo de cada caso, con el fin de garantizar que las acciones tomadas sean siempre en el mejor interés de los niños y adolescentes involucrados. A través de estos lineamientos, se busca fortalecer la red de protección y promover un ambiente seguro para el desarrollo de los menores.

En resumen, la **importancia del reporte de situaciones de riesgo** es central para asegurar la **protección de los derechos** de los niños, niñas y adolescentes, y para la correcta implementación de las medidas de restauración, tal como lo establece el ICBF en sus directrices.

El **reporte de situaciones de riesgo** en el contexto de la **restauración de derechos** del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es fundamental para garantizar la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como la intervención adecuada ante situaciones que puedan poner en peligro su bienestar. A continuación, se detalla la importancia del reporte en relación con algunas situaciones específicas mencionadas, de acuerdo con los lineamientos del ICBF:

PÚBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

1. Fallecimiento:

- **Importancia**: La notificación de un fallecimiento en el ámbito de restauración de derechos es crucial, ya que permite activar los mecanismos necesarios para la atención adecuada de los niños, niñas y adolescentes afectados. Esta situación puede involucrar a menores huérfanos o en riesgo de desprotección, por lo que es necesario actuar rápidamente para ofrecer apoyo emocional y soluciones de cuidado.

- **Objetivo**: Garantizar que los menores reciban el cuidado adecuado en caso de que un familiar principal haya fallecido, previniendo que queden en condiciones de vulnerabilidad.

- **Ruta que se propone para actuar en dicho caso**:

No.	Actividad		Responsable	Registro
1	Identificar el lugar y contexto de fallecimiento.	Si ocurrió en las instalaciones del operador o del hogar sustituto, continuar con la actividad No. 2.	Coordinador(a) del operador Madre o padre sustituta(o) o algún miembro de la red de apoyo	Documento de registro que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin
		Si ocurrió en un lugar diferente al operador u hogar sustituto, continuar con la actividad No. 3		
2	Comunicar de manera inmediata a la Estación de Policía correspondiente y/o a la línea de emergencias del municipio o ciudad, registrando la comunicación en el documento que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin, con los datos mínimos de nombre del niño, niña o adolescente, fecha y hora en que realiza la llamada y persona que la recibe.		Coordinador(a) del operador Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Documento de registro que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin
3	Informar el fallecimiento del niño, niña, adolescente a la autoridad administrativa y a quien ejerce la supervisión del contrato. En el caso de hogares sustitutos, la madre o padre sustituta(o) informarán al operador o al Coordinador de Centro Zonal; y, este a su vez, a la autoridad administrativa y al supervisor(a) del contrato.		Coordinador(a) del operador Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo	Correo Electrónico Registro de llamada Anexo de Historia de Atención

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad	Responsable	Registro
	Si el hogar sustituto es administrado por el ICBF, se deberá informar a la autoridad administrativa y al referente de la modalidad del Centro Zonal del ICBF correspondiente, por parte de la madre o padre sustituta (o).	Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	
4	Informar a la familia, red vincular de apoyo o comunidad étnica, sobre el fallecimiento del niño, niña o adolescente. Debe incluirse, además la gestión con salud frente a las acciones terapéuticas para manejo del duelo en los casos que se requiera.	Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario y/o Coordinador(a) del operador Coordinador(a) de Centro Zonal (en caso de los hogares sustitutos directos)	Historia de Atención SIM – Módulo Beneficiarios
5	Adelantar el trámite correspondiente con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses respectivo y el de la generación del registro de defunción respectivo.	Autoridad Administrativa.	Historia de Atención Solicitud de Procedimiento Funerario Registro de defunción SIM – Módulo Beneficiarios
6	Ordenar cuando se trate de la modalidad de hogar sustituto, el traslado de los otros niños, niñas o adolescentes que se encuentren ubicados(as) en este hogar a otra unidad de servicio previamente preparada por el operador o Regional del ICBF. En administración directa por los profesionales del equipo de apoyo respectivo.	Autoridad Administrativa. Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Formato Acta de Ubicación en Hogar Sustituto Historia de Atención SIM – Módulo Beneficiarios
7	Brindar acompañamiento psicosocial a la familia y a la red vincular del niño, niña o adolescente, así como a la familia sustituta donde se encontraba ubicado(a), con el fin de manejar la elaboración del duelo y demás emociones derivadas de su fallecimiento.	Equipo Técnico interdisciplinario del operador Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Historia de Atención Anexo de Historia de Atención
8	Elaborar y entregar al día hábil siguiente al fallecimiento, el informe de acciones adelantadas a la autoridad adminvistrativa, a quien supervisa el contrato de aporte y a la Coordinación del Centro Zonal del ICBF, el cual deberá contener como mínimo: • Circunstancias previas, durante y posterior al fallecimiento.	Coordinador (a) del operador Equipo Técnico interdisciplinario del operador	Informe de fallecimiento Comunicación oficial fallecimiento

PUBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad	Responsable	Registro
	• Circunstancias de modo, tiempo y lugar; y, si se cuenta con algún antecedente de diagnóstico médico. • Acciones que se generaron con la comunidad institucional o con los integrantes del hogar sustituto. • Tiempo de permanencia del niño, niña o adolescente cuando su fallecimiento ocurrió en un centro hospitalario, adjuntando la epicrisis. **Nota 1**: en el caso de Hogar Sustituto administrado directamente por el ICBF; el informe debe ser elaborado por las(os) profesionales de apoyo al proceso de atención y remitido a la autoridad administrativa y a la coordinación del Centro Zonal ICBF. **Nota2**: Este informe deberá ser registrado en el SIM por parte de la autoridad administrativa.	Autoridad administrativa Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Historia de atención SIM- Módulo beneficiarios
9	El (la) supervisor(a) de contrato verificará que el operador o la entidad administradora de los hogares sustitutos haya realizado lo establecido en las acciones de atención ante este evento.	Supervisor (a) del contrato	Informe y soporte de las acciones realizadas frente al evento
10	Registrar la actuación AEG_090 del SIM, el evento de fallecimiento.	Autoridad administrativa	Historia de Atención SIM- Módulos beneficiarios
11	Diligenciar la casilla "Seguimiento por parte del supervisor del contrato" del "Formato F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos", en el marco de las acciones de supervisión del contrato de aporte. Si se trata de un caso de muerte natural ocurrida en los hogares sustitutos administrados directamente por el ICBF, el (la) profesional de la Regional ICBF, referente de la modalidad, será quien deba elaborar el Plan de Acción que contenga actividades de seguimiento y acompañamiento a la unidad de servicio.	Supervisor(a) del contrato	F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos

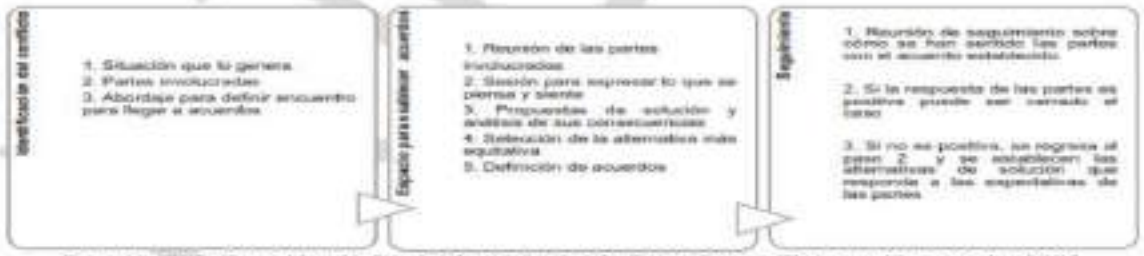
2. Riñas:

- **Importancia**: Las riñas, ya sean en el entorno familiar, escolar o en la comunidad, representan un riesgo directo para el bienestar físico y emocional de los menores. El reporte de estos conflictos es necesario para que las autoridades competentes puedan intervenir y mitigar los efectos negativos de la violencia, proporcionando apoyo psicológico y, si es necesario, alternativas de reubicación o protección.

- **Objetivo**: Prevenir el aumento de situaciones violentas, intervenir en la resolución de conflictos y proteger a los menores involucrados, asegurando que no queden expuestos a más violencia.

- **Ruta de actuación que se ha establecido para este tipo de casos**:

Gráfico 1 Identificación, establecimiento de acuerdos y seguimiento a situaciones de conflicto



Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos – Elaboración propia, 2021

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Tabla 12 Clasificación tipos de conflictos entre pares y posibles acciones para su manejo

Tipo de conflicto	Acciones que se pueden desarrollar
Tipo A. Conflicto sin riesgo de hacerse daño entre ellos(as).	Se sugiere permanecer en calma, observando las acciones desarrolladas por niñas, niños y adolescentes. Con plena consciencia que niñas, niños y adolescentes pueden solucionarlo por su cuenta y que están teniendo una experiencia práctica en la resolución de conflictos.
Tipo B. Conflicto fuerte	Acciones centradas en la expresión emocional y la mediación del conflicto, para ello se sugiere: • Reconocer el enfado «Parece que estás enfadados (a)», acción que, aunque lógica, permite en el niño, niña o adolescente hacer consciente la emoción y racionalizar de manera autónoma la conducta. • Hacer un comentario sobre sus puntos de vista. «*Así que tú, Camila quieres jugar con este muñeco, y tu Jorge, lo necesitas para completar tu equipo de futbol*» • Describir el problema con respeto. «*Ustedes son dos adolescentes y quieren lo mismo. Es un problema complicado*». • Expresar la confianza en que ellos y/o ellas lo pueden solucionar. «*Estoy seguro de que son capaces de resolverlo ustedes solos*» • Retirarse para que intenten solucionarlo solos (as).
Tipo C. Conflicto que puede ser peligroso	• Preguntar qué hacen: «*¿Están jugando a peleas o va en serio?*», al hacer este tipo de preguntas, se permite hacer consciente en niñas, niños y adolescentes sus acciones y posibilidades de respuesta ante el conflicto. • Informar: Poner una regla si es que ya no estaba: «*Acá solucionamos los conflictos hablando, y rechazamos cualquier forma de violencia*» • Respetar los sentimientos propios de niñas, niños y adolescentes: «*Entiendo que pueden estar sintiendo rabia o frustración y me parece que la manera como están manejando esto está siendo fuerte. ¿Qué tal si intentamos de otra forma?*»
Tipo D. Conflicto que es claramente peligroso	• Describir lo que vemos: «*Veo a dos adolescentes muy enfadadas que se pueden hacer daño, Camila noto que estás lista para golpear a Ana y Ana puede que responda igual y el daño puede ser mayor a lo que creen*». Esto es importante, ya que niñas, niños y adolescentes se sorprenden al oír la descripción y pueden bajar un poco la tensión e intensidad. • Separarles: «*No es seguro que estén juntos. Respiren y analicen separados lo que generó este conflicto. Por favor cada uno de ustedes vayan a lugares diferentes*»

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad	Responsable	Registro
1	Abordar a los niños, niñas y adolescentes implicados(as) en la situación de agresión en un espacio neutral, determinando el estado emocional y físico de los(as) involucrados(as). **Nota**: en los casos que los niños, niñas o adolescentes implicados(as) presenten afectación física, se deberá dar traslado a los servicios de urgencias en salud y solicitar la epicrisis	Equipo de profesionales del operador Madre o padre sustituta(o)	Anexo de Historia de Atención Epicrisis Registro de experiencias
2	Generar un espacio de reflexión y establecimiento de compromisos con los niños, niñas y adolescentes involucrados(as), de acuerdo con lo establecido en los manuales de convivencia. **Nota**: Deberá llevarse a cabo un análisis de caso en el cual se consideren los factores que dieron origen a estas situaciones para prevenir o mitigar las mismas.	Beneficiarios(as) Equipo de profesionales del operador Coordinador (a) del operador Madre o padre sustituta(o)	Anexo de Historia de Atención Acta de análisis de caso
3	Favorecer un espacio de mediación, análisis y reflexión de la situación, realizando encuentro grupal con los(as) demás niños, niñas o adolescentes que participaron indirectamente o fueron testigos de la agresión, favoreciendo el establecimiento de conclusiones, estrategias y acuerdos que permitan la convivencia y el respeto, de acuerdo a las herramientas de participación o resolución de conflictos propuestas en la propuesta de implementación y cualificación - PIYC	Equipo de Profesionales del operador Madre o padre sustituta(o) Coordinador (a) del Operador	Acta de Reunión operador Evidencias que cada operador relacione para dar cumplimiento a esta acción
4	Generar un informe que contenga los aspectos relevantes de la situación, el manejo dado por el operador, el cual deberá ser remitido a la autoridad administrativa y a quien supervisa el contrato, máximo a los tres (3) días calendario después de presentado el evento.	Equipo de profesionales del operador Coordinador (a) del operador	Informe Situaciones Complejas Comunicación Oficial Situaciones Complejas Anexo de Historia de Atención Registro de experiencias
5	Evaluar una vez se tenga el informe de la situación, la pertinencia de realizar acompañamiento y valoraciones a los niños, niñas y adolescentes involucrados(as) en la situación de agresión y tomar las demás acciones a que haya lugar.	Autoridad administrativa y Equipo Técnico Interdisciplinario	SIM -Módulo beneficiarios. Valoraciones Profesionales
6	Realizar las gestiones necesarias y registrarlas en el SIM, en la PRD_937 Reporte de eventos - Prevención de Daño Antijurídico; y, en la PRD_938 Seguimiento a Reporte de eventos - Prevención de Daño Antijurídico.	Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario	SIM -Módulo beneficiarios
7	Reportar el seguimiento al evento para dar cumplimiento a la Política de Prevención del Daño Antijurídico+ a través del Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos a la profesional delegada de la Regional del ICBF con copia a quien supervisa el contrato de aporte -F1.G17.P	Coordinador (a) del Operador	Anexo de Historia de atención F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos
8	Diligenciar la casilla "Seguimiento por parte del supervisor del contrato" del "Formato F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos", en el marco de las acciones de supervisión del contrato de aporte	Supervisor(a) del contrato	F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

3. Manejo de cambio de medida:

- **Importancia**: El cambio de medida en los procesos de restauración de derechos puede surgir cuando hay una revisión o modificación de la medida de protección o atención del niño o adolescente. Un cambio de medida puede significar una reubicación, un cambio en la modalidad de atención o en las condiciones del entorno familiar. El reporte adecuado es esencial para monitorear cómo se implementa el cambio y garantizar que este se haga en el mejor interés del menor.

- **Objetivo**: Asegurar que el cambio de medida no represente un perjuicio para el niño, niña o adolescente y que se mantengan los estándares de protección y bienestar. Además, es clave para evaluar el impacto de la medida sobre el menor y verificar si la situación ha mejorado.

- **Ruta de actuación en este tipo de caso:**

No.	Actividad	Responsable	Registro
1	Informar a la autoridad administrativa que el operador no continuará con la prestación del servicio y que por esta razón se requiere del traslado prioritario de los y las beneficiarios(as) ubicados(as) en ella.	Supervisor(a) del contrato	Oficio /Memorando Correo electrónico
2	Decretar la nueva medida de ubicación, con la justificación particular del cierre de la institución o traslado masivo de beneficiarios(as) y tiempos para su cumplimiento. **Nota 1:** Cuando la Regional no disponga de los cupos para la reubicación de los y los beneficiarios(as) en su territorio, el director regional deberá gestionar la solicitud de los cupos con las otras Direcciones Regionales del país en donde se cuente con la(s) modalidades ordenadas por las Autoridades Administrativas para su reubicación **Nota 2:** Cuando se trate de cambio de modalidad de beneficiarios(as) con enfermedad de cuidado especial y/o diagnósticos de salud asociados a la discapacidad, se recomienda contar con concepto del médico tratante con las recomendaciones para la realización del traslado (por ej.: aéreo, terrestre, traslado de equipos de soporte ventilatorio, alimentación, medicamentos, etc.).	Autoridad Administrativa Director(a) Regional	Correo electrónico/Memorando Historia de Atención SIM - Modulo Beneficiarios
3	Generar las boletas de ubicación, boleta de egreso y el acta de ubicación según corresponda.	Autoridad administrativa	Boleta de Egreso Boleta de Ubicación Acta de Ubicación en hogar sustituto SIM – Módulo beneficiarios
4	Informar mediante comunicación escrita al operador la asignación de cupo en la nueva institución o modalidad de atención.	Autoridad administrativa	Comunicación Oficial Asignación Cupo
5	Realizar la planeación y acciones logísticas para los traslados como: lugar, día, hora, listado de ubicación de niños, niñas o adolescentes, transporte, alimentación, acompañantes, responsables de la logística.	Autoridad administrativa y Equipo Técnico Interdisciplinario Supervisor(a) del contrato Coordinador(a) Centro Zonal Coordinador(a) de Asistencia Técnica o Protección de la Regional	Acta de Reunión
6	Informar mediante comunicación escrita al operador en donde se encuentran ubicados(as) los niños, niñas o adolescentes, la fecha y hora en que se efectuará el traslado.	Autoridad administrativa	Comunicación Oficial Asignación Cupo Boleta de ubicación

PÚBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad	Responsable	Registro
	Asimismo, se debe solicitar al operador el alistamiento de los anexos de la historia de atención y pertenencias de las y los beneficiarios(as). De igual forma, se debe asegurar la realización de las intervenciones que sean necesarias para mantener la estabilidad emocional de las niñas, niños y adolescentes el día del traslado. Se realizará la asignación de cupo en la nueva institución o modalidad de atención, anexando las boletas de los nuevos cupos asignados		Historia de Atención SIM- Módulo beneficiarios
7	Comunicar por la vía más expedita a la familia o red vincular y/o referentes afectivos, el lugar en donde va a estar ubicado el niño, niña o adolescente. Esto deberá ser adelantado por el operador saliente. Asimismo, el nuevo operador deberá solicitar la autorización de encuentros familiares a la autoridad administrativa; y, posteriormente, vincular a la familia. **Nota**: permitir a los niños, niñas y adolescentes, antes y después de ser ubicados(as), establecer contacto telefónico con la familia o red vincular de apoyo, previa autorización de la autoridad administrativa.	Operador inicial Operador final Autoridad administrativa	Comunicación Oficial Ubicación Historia de Atención Anexo de Historia de Atención SIM-Módulo beneficiarios
8	Preparar a los(as) beneficiarios(as) para el proceso de traslado o cambio de medida, priorizando el manejo del componte afectivo, la interrupción de los lazos de apego construidos con los(as) cuidadores(as) o amigos(as) cercanos(a) de la institución, o el hogar sustituto, teniendo en cuenta el tiempo en que permanecieron en la modalidad, y demás aspectos importantes que eviten traumatismos. Utilizar todos los mecanismos lúdicos y didácticos para que la población beneficiaria comprenda la información clara y concreta sobre el traslado que se va a adelantar; así como esta pueda expresar sus sentimientos y emociones. Realizar una atención psicosocial individual en los casos en los que se requiera, a fin de promover la comprensión del proceso de traslado y los cambios que implica. En el caso de hogares sustitutos administrados directamente por ICBF el equipo técnico interdisciplinario de la autoridad administrativa comunicará y preparará al niño, niña o adolescente con el tiempo suficiente para que se asegure que no se tenga impacto emocional negativo.	Equipo técnico interdisciplinario del operador	Informe SIM -Módulo beneficiarios Anexo de Historia de Atención
9	Realizar el traslado del niño, niña o adolescente y entregar la historia de atención a la Coordinación del nuevo operador. Dicha entrega debe ser el mismo día de la ubicación del niño, niña o adolescente	Operador saliente	Acta de entrega
10	Realizar proceso de acogida y seguimiento a la adaptación y vinculación emocional del niño, niña y adolescente.	Equipo de Profesionales del operador	Anexo Historia de Atención

4. Abandono irregular:

- **Importancia**: El abandono irregular se refiere a la situación en la que un niño o adolescente queda en desprotección debido a la ausencia prolongada o negligente de sus cuidadores. Reportar estas situaciones permite una intervención rápida por parte de las autoridades competentes para que se tomen las acciones necesarias, como la colocación en un hogar de paso, la búsqueda de familiares responsables o el inicio de un proceso de adopción si es necesario.

- **Objetivo**: Proteger a los menores en situación de abandono, evitando que sufran daños adicionales y garantizando que reciban el cuidado necesario de manera oportuna.

- **Ruta de actuación**:

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad	Responsable	Registro
1	Adelantar acciones de búsqueda activa de forma inmediata con el fin de dar con el paradero del niño, niña o adolescente, dando aviso previo por la vía más expedita a la autoridad administrativa con el fin de que esta ponga en conocimiento a la familia, red vincular y/o comunidad étnica de la situación.	Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario Coordinador (a) y profesionales del operador Madre y/o padre sustituto(o)	Registro de Llamada Correo electrónico Anexo de Historia de Atención
2	Dar aviso a la Dirección Seccional de fiscalía general de la Nación que opere en el territorio y/o Policía Nacional por el medio más expedito, dejando registro y datos de la autoridad a la cual se puso conocimiento de la desaparición del niño, niña o adolescente y demás información que dé cuenta de las acciones para dar con su paradero. A su vez, elaborar el correspondiente informe y enviarlo a la autoridad administrativa y a quien ejerce la supervisión del contrato, adjuntando los soportes de las acciones adelantadas para la búsqueda dar con el paradero del niño, niña o adolescente.	Coordinador (a) y profesionales del operador Madre y/o padre sustituto(o)	Registro de Llamada Anexo Historia de Atención
3	El abandono irregular no será causal para la definición de la situación jurídica en el PARD, en su lugar, la autoridad administrativa deberá realizar las actuaciones pertinentes que permitan la activación del protocolo de búsqueda activa por parte de la Policía Nacional y Fiscalía General de la Nación; así mismo deberá plasmar los reportes y dejar evidencia de estos en la historia de atención.	Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario	Historia de Atención SIM- Módulos beneficiarios
4	Activar la búsqueda interna por medio de memorando a todas las Regionales ICBF, para identificar si el (la) menor de edad se encuentra en alguna de estas. Este memorando debe contener la mayor información posible relacionada con la desaparición del niño, niña o adolescente, como nombres completos, edad, número de documento de identidad, rasgos, características físicas y el relato de la desaparición que se consideren relevantes.	Autoridad administrativa	Historia de atención SIM- Módulo beneficiarios
5	Realizar análisis de caso cuando el niño, niña o adolescente retorne voluntariamente o sea puesto a disposición nuevamente por su familia o autoridades que emprendieron su búsqueda en el hogar sustituto o institución con el fin de evaluar su situación, continuidad /o cambio en la modalidad respectiva. **Nota 1**: en los casos de niños, niñas o adolescentes víctimas de trata. Si la autoridad administrativa determina que la vida e integridad de la niña, niño y/o adolescente se encuentra en riesgo, es importante que se valore presentar petición escrita a la Fiscalía General de la Nación, solicitando la evaluación para el ingreso al "Programa de Protección a Testigos, Víctimas e Intervinientes" donde será deber del ente investigativo brindar tal protección y seguridad a su vida. **Nota 2:** luego de verificar el motivo del abandono irregular de la modalidad, tomar en consideración si se adelanta una reunión de caso con la autoridad administrativa y el equipo técnico interdisciplinario.	Coordinador (a) y profesionales del operador Coordinador(a) modalidad Centro Zonal ICBF Autoridad Administrativa Equipo técnico interdisciplinario	Acta de reunión de caso Anexo Historia de Atención Historia de Atención SIM- Módulo Beneficiarios
6	Cerrar el PARD si pasados dos (2) meses no se tiene noticia alguna del paradero del niño, de la niña o del adolescente, a través de acto administrativo motivado que ordene dicha decisión. Sin embargo, si dentro de estos dos meses se vencen los términos para definir la situación jurídica, deberá emitirse el auto de cierre con anterioridad.	Autoridad administrativa	Historia de Atención SIM- Módulo beneficiarios
7	Registrar la novedad o confirmación de egreso de la beneficiaria o beneficiario en el SIM	Operador	SIM
8	Comunicar a la Dirección de Protección- Subdirección de Restablecimiento de Derechos del ICBF, los casos de abandono irregular masivo, de manera oportuna máximo al otro día de presentarse la situación; entendidos estos, cuando se presenta la ausencia de tres (3) o más beneficiarias(os) después de 24 horas de la modalidad de restablecimiento de derechos.	Dirección Regional ICBF	Correo electrónico Memorando

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Finalmente se comparte la guía orientadora para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas niños y adolescentes en las modalidades y servicios de restablecimiento de derechos del año 2023 con el fin de profundizar de manera puntual en aspectos en los que se presenta dudas o interrogantes

Conclusiones y Recomendaciones:

Las orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) son una herramienta fundamental para la protección y atención integral de los menores en situaciones vulnerables. A partir de la guía, se pueden extraer varias conclusiones clave:

1. Enfoque de derechos: La guía enfatiza la importancia de abordar cada caso desde un enfoque de derechos humanos, garantizando el respeto, la protección y el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes afectados por situaciones de vulnerabilidad.

2. Prevención y detección temprana: Uno de los puntos más importantes de la guía es la promoción de estrategias para prevenir situaciones de riesgo y detectar de manera temprana cualquier signo de violencia, abuso o negligencia. Este enfoque proactivo permite intervenir antes de que la situación se agrave.

3. Protección integral: Se subraya la necesidad de proporcionar una atención integral, no solo en términos de protección física y emocional, sino también en la rehabilitación psicosocial y el restablecimiento de los derechos, que abarca el acceso a la educación, salud, y otros servicios esenciales para el desarrollo del menor.

4. Trabajo en red y coordinación: El documento destaca la importancia de la coordinación entre distintas instituciones, tanto del ICBF como de otros organismos y actores sociales, para asegurar que los niños y adolescentes reciban el apoyo necesario en todos los niveles. La integración de esfuerzos con otros servicios de salud, justicia y educación es esencial para un manejo efectivo de las situaciones de riesgo.

5. Capacitación del personal: Es crucial que los profesionales que trabajan en estos servicios estén debidamente capacitados, no solo en aspectos técnicos, sino también en la empatía y comprensión de las realidades de los menores en situación de vulnerabilidad. Esto también incluye un manejo ético y responsable de la información.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

PÚBLICA





Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.





Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Estudiar y analizar continuamente guía orientadora de prevención frente a las diferentes situaciones de riesgo en los usuarios de la modalidad Hogar sustituto	Gestor de caso fundación social yo te cuido	Permanente

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

FIRMA ASISTENCIA			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Laura Ximena Losada	Gestor de caso	Fundación Social Yo te cuido	
Shirley Gonzales	Psicóloga	Fundación Social Yo te cuido	
Cristian Camilo Arias	Trabajadora social	Fundación Social Yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por establecer	Por establecer	Fundación social yo te cuido sede Pitalito
Encargado de realizar acta	**Nombre y cargo**	**Entidad**	**Firma**
	Laura Ximena Losada	Fundación Social Yo te cuido	

PÚBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 03:00 PM	**Fecha: 28 DE MARZO DE 2025**
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede GARZON
Dependencia que Convoca:	Modalidad Hogar sustituto
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos
Objetivo:	Proporcionar a las madres sustitutas herramientas y estrategias efectivas para guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad

Agenda:

1. Saludo a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
2. Guía de orientación para la seguridad y prevención de situaciones de riesgo de niños, niñas y adolescentes.
3. Cierre de la actividad

Desarrollo:

Momento 1 Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.

Se inicia brindando un saludo especial por parte del talento humano del municipio de Garzón a cargo de Carlos Andrés Cuenca Rojas (GC) quien es el encargado de dirigir la actividad.

Momento 2: Guía de orientación para la seguridad y prevención de situaciones de riesgo de niños, niñas y adolescentes.

El espacio inicio desarrollando el taller el cual se llevó a cabo en las oficinas de la fundación a las tres de la tarde, en este espacio se les brindo material el cual muestra mas claro sobre el tema que se va a abordar, que es los riesgos que se podría presentar en la unidad de servicios con los usuarios, estos es fundamental para desarrollar ambientes favorables y positivos para ellos.

Scanned with CamScanner

se desarrolló el espacio por medio de una actividad en el que se presentaban el riesgo y se sensibiliza la una situación de alerta o el tipo de riesgo que se podría presentar seguidamente las madres buscaban soluciones frente a este posible riesgo, en donde hay riesgo locativos como sociales.

Peligros físicos, enchufes, ventanas

- Posible solucion utilizar tapas de seguridad y ocultas cables
- intalar barandales de seguridad

Productos de limpieza y químicos

- posible solucion guardar estos productos en recipientes seguros y fuera del alcance

Medicamentos

- guardar los medicamentos en un lugar seguro y con llave

Herramientas y objetos peligrosos

- guardar las herramientas y objetos peligrosos en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños

Abuso y maltrato

- si sospechas que un niño esta siendo amltratado, informa a las autoridades competentes

Exposicion a contenidos inapropiados

- supervisar el conteido que ven los usuarios en la television, internet y otros medios.

Bullying

- Fomentar la empatia y el respetos en los espacios.

Momento 3: Cierre de la actividad

La jornada termino agradeciendo a las madres sustitutas por su participación y colaboración en el desarrollo de la actividad, se esclarecen las dudas que en esta reunión no hubo y se presentaron los agradecimiento y seguidamente el retiro del espacio.

Scanned with CamScanner

Evidencia fotográfica.





Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Seguir realizando promoción de la modalidad.	*Equipo de la fundación social "Yo Te Cuido"*	*25 /03/2025*

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Carlos Andres Cuenca Rojas	Gestor Social	Yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por definir	Por definir	Por definir
Colaborador que elabora el acta:	Carlos Andres Cuenca Rojas.		

Scanned with CamScanner

ORIENTACIONES PARA LA SEGURIDAD Y PREVENCION DE SITUACIONES DE RIESGO DE NIÑOS,NIÑAS Y ADOLECENTES



PELIGROS FISICOS EN EL HOGAR

Enchufes y Cables:

- Utilice tapas de seguridad en los enchufes y oculte los cables.
- Mantenga los enchufes y cables fuera del alcance de los niños.

MEDICAMENTOS

- Solución: Guarde los medicamentos en un lugar seguro y confiable.
- Seguridad: Nunca deje medicamentos al alcance de los niños.



Productos de Limpieza y Químicos

- Solución: Guarde estos productos en recipientes seguros y fuera del alcance de los niños.
- Seguridad: Lea siempre las etiquetas y siga las instrucciones de uso.



ESCALERAS Y VENTANAS:

- Solución: Instale barandas de seguridad en las escaleras y ventanas.
- Seguridad: Supervise a los niños cuando estén cerca de escaleras y ventanas.





EVITEMOS HERIDAS

- Aleje del alcance de los niños y niñas cuchillos, tijeras, elementos corta punzantes.

EVITEMOS GOLPES

- No dejes armarios o cajones abiertos.
- Procura que todos los muebles y objetos de decoración tengan sus esquinas redondeadas, nunca agudas o angulares.
- Ventila adecuadamente los zonas de circulación.



RECUERDA QUE LOS ACCIDENTES

- son evitables.
- Están asociados a la edad de los niños y niñas.
- Pueden ser fatales.
- pueden dejar secuelas físicas y psicológicas no solo en los afectados directamente.
- provocan inestabilidad familiar.



¡Antes

ente!

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FO-P1-08	02/06/2021
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ACTIVIDAD:

FECHA

HORA INICIAL:

HORA FINAL:

LUGAR

DEPENDENCIA LIDER:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
							PLANTA	CONTRATO			
1	ANA MILENA FRAGUA POVEDA	55057486	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3213569857	-	
2	ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS	55062718	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
3	CLARA INES ROJAS CUMBE	55070054	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3214287301	-	
4	FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ	26491920	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
5	MARLENY FRAGUA POVEDA	26491004	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3118522212	-	
6	MIRYAM ALMARIO CALDERON	26491705	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
7	OLGA LUCIA TRIANA CASAS	26500560	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
8	ONEIDA SUAREZ ANDRADE	55066773	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3106651504	-	
9	PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA	55065021	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3137306371	-	
10	VIANEY GALINDO	1122722966	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
11	YENNY MARCELA SIERRA ROJAS	55065680	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3202625125	-	
12	STEFANY GUEVARA GARCES	1077862619	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3228122465	-	
13	MIREYA CRUZ VALENZUELA	52995117	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	3172018416	-	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Scanned with CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 2:30 p. m	**Fecha:** 31 de marzo de 2025
Lugar:	Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido
Dependencia que Convoca:	Fundación Social Yo Te Cuido – Equipo Interdisciplinario
Proceso:	Misional – Protección – Restablecimiento de Derechos.
Objetivo:	Fortalecer las habilidades y conocimientos de los participantes en la gestión y administración de los recursos financieros en hogares sustitutos, para garantizar la sostenibilidad y calidad de los servicios ofrecidos

Agenda:

- Saludo de Bienvenida
- Información general
- Desarrollo temático
- Compromisos

Saludo de Bienvenida: Dando inicio al encuentro programado y siendo lunes 31 de marzo de 2025 el gestor de caso brinda caluroso saludo de bienvenida para cumplimiento a la agenda, se interactúa con las participantes de manera amena, creando espacios de confianza para una interacción asertiva y propicia en el entorno laboral

.**Información General:** Se abre espacio para despejar dudas frente a otros procesos que se adelantan en la fundación con el apoyo de las madres sustitutas en pro de las niñas niños y adolescente de la fundación social yo te cuido, se brinda información general entre otras.

Desarrollo temático: Se orienta la finalidad del taller siendo este el reconocimiento de “GUIA ORIENTADORA FRENTE A SITUACIONES DE RIESGOS QUE SE PRESENTAN EN LA MODALIDAD HOGAR SUSTITOS PARA LAS NIÑAS, NIÑO Y ADOLESCENTE” como lo apredispuesto el Instituto colombiano de bienestar familiar.

En ese sentido encontramos que por la extensión del documento se socializa las rutas de actuaciones en los casos que hipotéticamente ocurren con frecuencia en las unidades de servicio

Adicionalmente se comparte la guía de manera digital para el fácil acceso al mismo y para que de la misma manera lo continúen estudiando

PÚBLICA

Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos – Adaptación para la presente Guía. 2021.

Tabla 6. Acciones de prevención y recomendaciones en casos de golpes por y contra objetos

GOLPES POR Y CONTRA OBJETOS Son las que se generan cuando alguna parte del cuerpo de un(a) beneficiario (a) entra en contacto con objetos cortantes, punzantes o abrasivos, tales como: cuchillos; tijeras; agujas; arandelas; puntillas; tijeras, entre otros; o, cuando se generan contusiones[**] o magulladuras[***].	
Acciones de prevención	**Recomendaciones**
Este tipo de lesiones son muy frecuentes, las cuales no presentan gravedad y casi casi comprometen la vida, aunque hay que evitar la contaminación y posterior infección de las mismas. Algunas acciones que permitan que se produzcan, se describen a continuación: • Tener buena iluminación cuando se usen elementos cortantes como cuchillos, tijeras, alfileres. • Proteger los bordes y salientes de mesas, escritorios, barandas, entre otros. • Evitar que los niños, niñas o adolescentes, jueguen con envases de vidrio o latas (por los bordes cortantes). • Colocar autoadhesivos decorativos en ventanales de vidrio, con el fin de que sea visible cuando estén abiertas. • Señalizar cuando los pisos estén húmedos o hayan utilizado productos tipos cera o enjuagues, para efectos de evitar caídas y lesiones.	Se recomienda trasladar al niño, niña o adolescente lo antes posible para atención médica, donde dependerá del tipo de lesión y gravedad con la que se muestre la misma, la intervención que haga el sector salud. Es importante que para efectos de prevenir infecciones, el niño, niña y adolescente, lave bien sus manos con agua y jabón, y, luego, la herida y alrededores. **Si la herida presenta hemorragia** • Para detener o disminuir el sangrado, debe aplicarse una compresa o tela limpia haciendo presión. • Si se encuentra en piernas o brazos: levantar el miembro a un nivel superior al corazón, esto puede detener o reducir la hemorragia. • Si el sangrado no se detiene, es conveniente colocar más compresas y realizar un vendaje. • NO usar torniquetes. **Frente a heridas no sangrantes** • Luego de un abundante lavado con agua y jabón blanco, use antiséptico líquido.

[**] Los cuales se producen por la resistencia ejercida por los tejidos frente a un golpe, lo cual presenta bordes irregulares y tiende a aparecer y formar una costra en la piel.

[***] Son lesiones cerradas causadas por un golpe. No presentan bordes definidos, sino que son distinguen como una mancha por bajo cutáneo.

Tabla 7. Acciones de prevención y recomendaciones en casos de caídas de altura

CAIDAS DE ALTURA Son las que se generan por cualquier caída de un(a) beneficiario (a) desde una altura física mayor a la suya.	
Acciones de prevención	**Recomendaciones**
La principal recomendación es identificar a los niños, niñas, adolescentes y sitios que estén expuestos(as) a este tipo de accidentes, y, establecer un esquema de prevención y control para el acceso a los mismos, partiendo de esos riesgos encontrados. La anticipación es una herramienta importante a la hora de prevenir estos accidentes pues cada niño, niña o adolescente gatea, camina y corre conforme a su propio proceso evolutivo; y, por ende, hay que advertir que cualquiera puede escalar o arrastrar, por lo que hay que tener presente que en cualquier momento podrá adquirir dicha habilidad. Sin embargo, a continuación, se enlistan algunas otras que pueden aportar: - Control de acceso a las zonas de trabajo en alturas como azoteas. Estas deben estar cerradas y aseguradas para que no se puedan ingresar a ellas sin autorización o control. • Señalizar y etiquetar las zonas de riesgo. Todas deben estar acordonadas, cerradas o con candado de acuerdo a la norma respectiva. • Verificar, proteger arreglar las barandas o rejas de terrazas, los pasamanos, ventanas sin protección, zanjas, pozos, alfiles y demás estructuras que estén elevadas. • Asegurar (si los hay) el buen estado de materiales y funcionamiento de juegos exteriores (toboganes, hamacas) y de bicicletas o triciclos. Si es posible, colocar elementos de protección (cascos, rodilleras, coderas, etc.), cuando vayan a hacer uso de estos últimos. • Eliminar del alcance de niñas y niños elementos ornamentales y equipamiento que propicien la escalada, ya que al estar en proceso de desarrollo su motricidad puede implicar un escaso dominio corporal; y, por ende, un mayor riesgo de caída. • Distribuir el espacio, dejando a un lado estético, a la hora de ubicar cunas, camas o camarotes, cambiadores, entre otros; que no estén próximos a ventanas; y, que estas, incorporen bloqueos o dispositivos de seguridad infantil. • Tener en cuenta cuando los lugares cuenten con balcones o terrazas, o barandas en escaleras (especialmente si los travesaños están en posición 'horizontal), que huecos mayores a 10 centímetros, son riesgo no solo de caída sino de asfixia; y, que, el lanzamiento de objetos al exterior, también puede suponer un factor de riesgo para otras personas y transeúntes. • Asegurar una buena iluminación natural en todos los ambientes y fácil acceso al encendido de luz artificial. • Evitar utilizar escaleras portátiles de poca estabilidad, así como dejarlas abandonadas con riesgo a ser utilizadas por parte de niños, niñas o adolescentes.	Control de acceso a las zonas de trabajo en alturas como azoteas. Estas deben estar cerradas y aseguradas para que no se puedan ingresar a ellas sin autorización o control. • Señalizar y etiquetar las zonas de riesgo. Todas deben estar acordonadas, cerradas o con candado de acuerdo a la norma respectiva. • Verificar, proteger arreglar las barandas o rejas de terrazas, los pasamanos, ventanas sin protección, zanjas, pozos, alfiles y demás estructuras que estén elevadas. • Asegurar (si los hay) el buen estado de materiales y funcionamiento de juegos exteriores (toboganes, hamacas) y de bicicletas o triciclos. Si es posible, colocar elementos de protección (cascos, rodilleras, coderas, etc.), cuando vayan a hacer uso de estos últimos. • Eliminar del alcance de niñas y niños elementos ornamentales y equipamiento que propicien la escalada, ya que al estar en proceso de desarrollo su motricidad puede implicar un escaso dominio corporal; y, por ende, un mayor riesgo de caída. • Distribuir el espacio, dejando a un lado estético, a la hora de ubicar cunas, camas o camarotes, cambiadores, entre otros; que no estén próximos a ventanas; y, que estas, incorporen bloqueos o dispositivos de seguridad infantil. • Tener en cuenta cuando los lugares cuenten con balcones o terrazas, o barandas en escaleras (especialmente si los travesaños están en posición horizontal), que huecos mayores a 10 centímetros, son riesgo no solo de caída sino de asfixia; y, que, el lanzamiento de objetos al exterior, también puede suponer un factor de riesgo para otras personas y transeúntes. • Asegurar una buena iluminación natural en todos los ambientes y fácil acceso al encendido de luz artificial. • Evitar utilizar escaleras portátiles de poca estabilidad, así como dejarlas abandonadas con riesgo a ser utilizadas por parte de niños, niñas o adolescentes. Cuando se produce una caída desde altura es importante no mover al niño, niña o adolescente; cubrirlo con prendas de abrigo y contactar de inmediato a la entidad de salud más cercana; o a emergencias en el 123; a fin de que pueda venirle ayuda médica lo más pronto posible.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Tabla 10. Pautas claves para hacer seguimiento y determinar el riesgo suicida

Conductas para identificar	Acciones para desarrollar
• Hablar, leer o escribir excesivamente sobre la muerte. • Preocupación por temas relacionados con la muerte. • Pensamientos de muerte, como "no puedo ni quiero seguir adelante", "desearía estar muerto(a)", pero no tiene ningún plan concreto. • Situaciones de acoso por parte de los(as) pares y personas adultas presentes en la modalidad y servicio de restablecimiento de derechos. • Cambios en la conducta, aislamiento social, e interés reducido en actividades anteriormente importantes. • Cuando el niño, niña o adolescente tienen conductas de autolesiones.	• Ofrecer apoyo emocional. • Solicitar atención primaria en salud mental. • Mantener un seguimiento continuo al niño, niña o adolescente.
• Amenazas directas: "me quiero matar", o, indirectas "ojalá pudiese dormirme y jamás despertar". • Notas con mensajes suicidas. • Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.	• Ofrecer apoyo emocional. • Remitir a salud mental y concertar una cita urgente (antes de 72 horas). • Mantener un seguimiento continuo al niño, niña o adolescente.
Tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente.	• Estar permanentemente con el niño, niña o adolescente. Nunca dejarle solo(a) • Mantener conversación y alejar los medios potenciales de suicidio. • Llevar inmediatamente al niño, niña o adolescente a urgencias para su valoración por salud mental. Es de resaltar que la ideación suicida no corresponde a una urgencia médica, sin embargo, si es posible gestionar cita por psicología.

Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos. Elaboración propia 2021

No.	Actividad		Responsable	Registro
1	Evaluar previo a la ubicación del niño, niña o adolescente en alguna de las modalidades de atención, las condiciones de inestabilidad emocional, consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, presencia de enfermedad crónica incapacitante o dolorosa o condiciones físicas y/o emocionales ante las cuales se deberá gestionar la atención inmediata de salud que se requiera previo al ingreso a la modalidad		Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario	Historia de atención (informes equipo técnico interdisciplinario, entrevista, declaraciones, epicrisis)
2	Identificar en la evaluación preliminar si hay la presencia de factores de riesgo de ideación suicida, amenaza suicida e intento de suicidio en el niño, niña y adolescente, así mismo, determinar hasta qué punto estas ideas suicidas pueden llegar a materializarse, una vez ubicado(a) el niño, niña o adolescente en el servicio o la modalidad. **Nota**: en la modalidad de ubicación inicial de Centro de Emergencia, esta actividad se debe consagrar en el formato plan de caso – ubicación inicial.		Equipo profesional del operador Madre o Padre Sustituto(a)	Informe Acta de análisis o reunión de caso Formato Plan de caso – Ubicación inicial
3	Llamar a la línea de emergencia local de la Entidad Promotora de Salud- EPS, cuando se identifiquen casos de ideación o intento de suicidio	En los casos de intento de suicidio, solicitar intervención de urgencias (antes de 72 horas)	Equipo profesional del operador Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario (en administración directa de hogares sustitutos) Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados (en articulación con la madre o padre sustituto(a))	Solicitud y/o Asignación Cita Registro de llamadas Epicrisis SIM-Módulo beneficiarios Anexo Historia de Atención
		En los casos de ideación suicida, solicitar cita en atención primaria en salud mental.		
		En los casos en los que la ideación o amenaza suicida se presente en niños, niñas y adolescentes indígenas es importante que se informe a la EPS acerca de esta característica, con el objetivo de que dicha sector pueda tener en cuenta esta información para las gestiones oportunas e implementación del enfoque diferencial étnico.		

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad	Responsable	Registro
	para poner en conocimiento a la autoridad administrativa, con el fin de que esta comunique a la familia y adelante la activación de rutas intersectoriales correspondientes. Esto último salvo si, el operador ya ha activado la ruta en salud y si dicho sector ha puesto en conocimiento del sector justicia la situación. **Nota**: Si la presunta persona agresora es el (la) Coordinadora, se deberá informar a cualquier integrante de la Junta Directiva de la Institución.		
2	Separar de manera inmediata, a la presunta persona agresora de la atención directa e indirecta de los niños, niñas y adolescentes, en atención a la solicitud elevada por el (la) supervisor(a) de contrato. En casos de violencia entre beneficiarios(as) se deberá separar o reubicar a la presunta persona agresora, este último estará a cargo de la autoridad administrativa[157]. **Nota 1**: si el traslado o la ubicación no es efectiva de manera inmediata, la autoridad administrativa tendrá que continuar gestionando prioritariamente el mismo; y, el operador tendrá que generar estrategias de mayor vigilancia y control sobre la situación.	Quien conoce de los hechos Supervisor(a) de contrato Empleador(a) del operador Coordinador(a) de la entidad administradora del hogar sustituto Junta Directiva de la Institución Autoridad administrativa	Informe Situación Violencia o Negligencia
3	Informar de manera INMEDIATA la situación presentada a través de correo electrónico a la autoridad administrativa y a quien supervisa el contrato. Nota: si el caso se presenta en un hogar sustituto, la autoridad administrativa retirará y reubicará de manera inmediata a todos los niños, niñas o adolescentes que encuentren allí, cuando el (la) presunto(a) agresor(a) sea integrante de la familia. De igual manera deberá informar a la familia biológica o red vincular sobre el nuevo lugar de ubicación. Así mismo informar a la coordinación del respectivo Centro Zonal para que en los casos de la modalidad hogar sustituto se inicie paralelamente el procedimiento establecido en la Resolución 5062 de 2021[158]. En el caso de la modalidad hogar sustituto administrada directamente por el ICBF, la situación deberá ser informada a la Coordinación del Centro Zonal ICBF que tenga a cargo el seguimiento de la unidad de servicio.	Coordinador (a) del operador Madre o padre sustituto Autoridad Administrativa Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Correo Electrónico Historia de Atención SIM- Módulo Beneficiarios
4	Identificar si el niño, niña o adolescente víctima de la presunta situación de violencia o negligencia, requiere atención por el sector salud. En los casos de violencia sexual ocurridas entre beneficiarios(as), deberán remitirse a valoración médica tanto a la víctima como a la	Auxiliar de enfermería y/o psicóloga de la modalidad del operador	Valoración y Atención Epicrisis

[157] Estas situaciones se establecen con el fin de evitar revictimización y confrontaciones entre la víctima y la presunta persona agresora. Se deberá

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad		Responsable	Registro
1	Identificar el lugar y contexto de fallecimiento.	Si ocurrió en las instalaciones del operador o del hogar sustituto, continuar con la actividad No. 2.	Coordinador(a) del operador Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo	Documento de registro que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin
		Si ocurrió en un lugar diferente al operador u hogar sustituto, continuar con la actividad No. 3		
2	Comunicar de manera inmediata a la Estación de Policía correspondiente y/o a la línea de emergencias del municipio o ciudad, registrando la comunicación en el documento que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin, con los datos mínimos de nombre del niño, niña o adolescente, fecha y hora en que realiza la llamada y persona que la recibe.		Coordinador(a) del operador Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Documento de registro que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin
3	Informar el fallecimiento del niño, niña, adolescente a la autoridad administrativa y a quien ejerce la supervisión del contrato. En el caso de hogares sustitutos, la madre o padre sustituto(o) informarán al operador o al Coordinador de Centro Zonal; y, este a su vez, a la autoridad administrativa y al supervisor(a) del contrato.		Coordinador(a) del operador Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo	Correo Electrónico Registro de llamada Anexo de Historia de Atención

PÚBLICO

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad	Responsable	Registro
	Si el hogar sustituto es administrado por el ICBF, se debera informar a la autoridad administrativa y al referente de la modalidad del Centro Zonal del ICBF correspondiente, por parte de la madre o padre sustituto (o).	Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	
4	Informar a la familia, red vincular de apoyo o comunidad étnica, sobre el fallecimiento del niño, niña o adolescente. Debe incluirse, además la gestión con salud frente a las acciones terapéuticas para manejo del duelo en los casos que se requiera.	Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario y/o Coordinador(a) del operador Coordinador(a) de Centro Zonal (en caso de los hogares sustitutos directos)	Historia de Atención SIM – Módulo Beneficiarios
5	Adelantar el trámite correspondiente con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses respectivo y el de la generación del registro de defunción respectivo.	Autoridad Administrativa.	Historia de Atención Solicitud de Procedimiento Funerario Registro de defunción SIM – Módulo Beneficiarios
6	Ordenar cuando se trate de la modalidad de hogar sustituto, el traslado de los otros niños, niñas o adolescentes que se encuentran ubicados(as) en este hogar a otra unidad de servicio previamente preparada por el operador o Regional del ICBF. En administración directa por los profesionales del equipo de apoyo respectivo.	Autoridad Administrativa. Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Formato Acta de Ubicación en Hogar Sustituto Historia de Atención SIM – Módulo Beneficiarios
7	Brindar acompañamiento psicosocial a la familia y a la red vincular del niño, niña o adolescente, así como a la familia sustituta donde se encontraba ubicado(a), con el fin de manejar la elaboración del duelo y demás emociones derivadas de su fallecimiento.	Equipo Tecnico interdisciplinario del operador Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Historia de Atención Anexo de Historia de Atención
8	Elaborar y entregar al dia hábil siguiente al fallecimiento, el informe de acciones adelantadas a la autoridad administrativa, a quien supervisa el contrato de aporte y a la Coordinación del Centro Zonal del ICBF, el cual deberá contener como mínimo: • Circunstancias previas, durante y posterior al fallecimiento.	Coordinador (a) del operador Equipo Técnico interdisciplinario del operador	Informe de fallecimiento Comunicación oficial fallecimiento

PUBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

No.	Actividad	Responsable	Registro
	• Circunstancias de modo, tiempo y lugar; y, si se cuenta con algún antecedente de diagnóstico médico. • Acciones que se generaron con la comunidad institucional o con los integrantes del hogar sustituto. • Tiempo de permanencia del niño, niña o adolescente cuando su fallecimiento ocurrió en un centro hospitalario, adjuntando la epicrisis. **Nota 1:** en el caso de Hogar Sustituto administrado directamente por el ICBF, el informe debe ser elaborado por las(os) profesionales de apoyo al proceso de atención y remitido a la autoridad administrativa y a la coordinación del Centro Zonal ICBF. **Nota2:** Este informe deberá ser registrado en el SIM por parte de la autoridad administrativa.	Autoridad administrativa Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados	Historia de atención SIM- Módulo beneficiarios
9	El (la) supervisor(a) de contrato verificará que el operador o la entidad administradora de los hogares sustitutos haya realizado lo establecido en las acciones de atención ante este evento.	Supervisor (a) del contrato	Informe y soporte de las acciones realizadas frente al evento
10	Registrar la actuación AEG_090 del SIM, el evento de fallecimiento.	Autoridad administrativa	Historia de Atención SIM-Módulos beneficiarios
11	Diligenciar la casilla "Seguimiento por parte del supervisor del contrato" del "Formato F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos", en el marco de las acciones de supervisión del contrato de aporte. Si se trata de un caso de muerte natural ocurrida en los hogares sustitutos administrados directamente por el ICBF, el (la) profesional de la Regional ICBF, referente de la modalidad, será quien deba elaborar el Plan de Acción que contenga actividades de seguimiento y acompañamiento a la unidad de servicio.	Supervisor(a) del contrato	F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos

PUBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

CONCLUSIONES: como se mencionaba con anterioridad, por la disposición del espacio y del tiempo no se logra socializar por completo, el documento donde en este sesión se socializa rutas de actuación frente a situaciones como lo son, conductas suicidadas, accidentes por inducción, y fallecimiento.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS







PRUEBA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Estudiar la guía de orientaciones frente a situaciones de riego que se presentan en la modalidad hogar sustitutos para las niñas niños y adolescentes Brindar el apoyo permanente y continuo desde el equipo interdisciplinario de fundación social yo te cuido en caso de una situación fáctica	Profesionales Fundación Social Yo te cuido.	Permanente

PERSONA QUE REALIZA EL ACTA.			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Nicolas Castaño	Gestor de caso	Fundación Social Yo te cuido	En original
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por establecer	Por establecer	Fundación social yo te cuido sede Pitalito

PÚBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FO-PI-08	13/06/2024
Versión: 6	Página: 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD: FORTALECIMIENTO TECNICO A MADRES SUSTITUTAS GUIA ORIENTADORA SITUACIONES DE RIESGO

FECHA: 31 DE MARZO 2025

HORA INICIAL: 2:30 PM

HORA FINAL: 4:30 PM

LUGAR: AUDITORIO CENTRO ZONAL NUBE PITALITO

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
							PLANTA	CONTRATO			
1	YENNI ANDREA ROJAS RAMOS	36293823	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO	-	-	-	-	
2	LUZ NELLY URBANO	26567386	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO	-	-	-	-	
3	YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA	1083867399	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO	-	-	-	-	
4	MARYEN LUCIA NARVEZ	25260920	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO	-	-	-	-	
5	PAULA ALEJANDRA RIVERA	1082778043	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO	-	-	-	-	
6	DIANA PATRICIA SARRAGAN	1083883001	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO	-	-	3167410778	dpatricia1730@hotmail.com	
7	GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS	36288068	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO	-	-	-	-	
8	YUDIS PAOLA HOYOS OSORIO	36288106	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO	-	-	-	-	
9	KAREN DARIANA CALDERON	1083883442	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO			3229080737		
10	OHIURA DIAZ MOLINA	36295884	MADRE SUSTITUTAS	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	PITALITO	-	-	-	-	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Scanned with CamScanner

CRONOGRAMA FORTALECIMIENTO TECNICO MADRES SUSTITUTAS-INSTITUCIONAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE DEL TALLER	OBJETIVO	RESPONSABLE	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Organización de documentos de las niñas, los niños y los adolescentes en los Hogares Sustitutos	Brindar herramientas que le permitan una adecuada Organización y actualizacion de los documentos y registros necesarios para garantizar la atención y cuidado adecuados de los niños y adolescentes	**GESTOR DE CASO**																								
Aspectos presupuestales de la modalidad: beca, cuota de sostenimiento, dotación y gastos de emergencia.	Fortalecer las habilidades y conocimientos de los participantes en la gestión y administración de los recursos financieros en hogares sustitutos, para garantizar la sostenibilidad y calidad de los servicios ofrecidos	**GESTOR DE CASO**																								
Guía de orientaciones para la seguridad y prevención de situaciones de riesgo de niños, niñas y adolescentes.	Proporcionar a los participantes herramientas y estrategias efectivas para guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad .	**GESTOR DE CASO**																								
Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), de acuerdo con las condiciones previstas en la sentencia C- 355 de 2006	Proporcionar información precisa y actualizada sobre la interrupción voluntaria del embarazo	**GESTOR DE CASO**																								
Suministro, manejo y control de medicamentos. Orientaciones frente a estos aspectos para que en el ámbito familiar sustituto se lleve a cabo según prescripción por médico tratante, (en términos de horarios, cantidad y frecuencia de suministro).	Promover la comprensión, respeto y valoración de la diversidad cultural de los grupos étnicos, mediante la exploración de sus prácticas culturales y tradiciones	**NUTRICION**																								

Herramientas para la prevención de las violencias basadas en género en el entorno familiar	Desarrollar una herramienta efectiva para la prevención de la violencia de género, promoviendo la igualdad y la no discriminación, y brindando apoyo y recursos a las personas afectadas.	**TRABAJO SOCIAL**																							

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

Asistencia Técnica Implementación de las Propuestas de Implementación y Cualificación PIYC de los Operadores de Restablecimiento de Derechos

3 mensajes

Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co> 12 de marzo de 2025, 4:31 p.m.
Para: hsfneiva <hsfneiva@gmail.com>, "albergueinfantilmpl@albergueinfantilneiva.org.co" <albergueinfantilmpl@albergueinfantilneiva.org.co>, BIBIANA FEUILLET ALVAREZ <bibiana.feuillet@albergueinfantilneiva.org.co>, MARICELY GUILOMBO <maricely.guilombo@albergueinfantilneiva.org.co>, fusefhuila813 <fusefhuila813@hotmail.com>, funvidaypaz <funvidaypaz@hotmail.com>, Doris Coronado Salgado <f.fundardoris@gmail.com>, "f.fundarbelcyarenas@gmail.com" <f.fundarbelcyarenas@gmail.com>, "yotecuidofundacionsocial@gmail.com" <yotecuidofundacionsocial@gmail.com>, "coordinador2yotecuido@gmail.com" <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Fundacion siderum <fundacionsiderum@gmail.com>, fundacion cajlos <fundacioncajlos@gmail.com>, "fundacionsocialfunsam@gmail.com" <fundacionsocialfunsam@gmail.com>
CC: Luis Alfonso Rojas Uni <Luis.RojasU@icbf.gov.co>, Lyliana Ome Cano <Lyliana.Ome@icbf.gov.co>, Nancy Margarita Amado Bonilla <Nancy.Amado@icbf.gov.co>, Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>, Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>, Yhon Edinson Lizcano Henao <Yhon.Lizcano@icbf.gov.co>, Maria Fernanda Avila Perdomo <Maria.Avila@icbf.gov.co>, Luz Adriana Gutierrez Perdomo <Luz.GutierrezP@icbfgob.onmicrosoft.com>

Muy buenas tardes apreciados Operadores,

Con el objetivo de brindar orientaciones en el proceso de ajuste y validación de las Propuestas de Implementación y Cualificación PIYC de los Operadores de Restablecimiento de Derechos, de manera atenta extendemos la siguiente invitación, en la que es importante la participación principalmente de los Coordinadores y Gestores de caso.

Tema: Orientaciones para la Implementación de las Propuestas de Implementación y Cualificación PIYC de los Operadores de Restablecimiento de Derechos
Hora: 2:30 pm
Fecha: 18/03/2025
Enlace de Conexión: https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_ZGFlNjIwNWItY2ExZC00YzM1LTlkZmQtMTkyMTA3Zjg3YWNl%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%223d92a5f3-bc7a-4a79-8c5e-5e483f7789bf%22%2c%22Oid%22%3a%22f3ce5ff8-0b20-4aa4-b599-e413d22d6436%22%7d



Join conversation

teams.microsoft.com

Atentamente,

BIENESTAR FAMILIAR

YULY PAOLA MONTEALEGRE ZANABRIA
Psicóloga Contratista – Equipo de Protección
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 1E-40
Teléfono: 608 8604700 Ext. 838021
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: CLASIFICADA

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

---

COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO 13 de marzo de 2025, 12:19 p.m.
<coordinador1yotecuido@gmail.com>
Para: Coordinador2yotecuido <coordinador2yotecuido@gmail.com>
CC: representantelegalyotecuido@gmail.com

Buen dia, remito información para su conocimiento.
[Texto citado oculto]

COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO 19 de marzo de 2025, 10:41 a.m.
<coordinador1yotecuido@gmail.com>
Para: Coordinador2yotecuido <coordinador2yotecuido@gmail.com>
CC: representantelegalyotecuido@gmail.com

Buen dia, comparto información para sus fines pertinentes.

---------- Forwarded message ---------
De: **Yuly Paola Montealegre Zanabria** <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Date: mar, 18 mar 2025 a la(s) 4:28 p.m.
Subject: RV: Asistencia Técnica Implementación de las Propuestas de Implementación y Cualificación PIYC de los Operadores de Restablecimiento de Derechos
To: hsfneiva <hsfneiva@gmail.com>, albergueinfantilmpl@albergueinfantilneiva.org.co <albergueinfantilmpl@albergueinfantilneiva.org.co>, BIBIANA FEUILLET ALVAREZ <bibiana.feuillet@albergueinfantilneiva.org.co>, MARICELY GUILOMBO <maricely.guilombo@albergueinfantilneiva.org.co>, fusefhuila813 <fusefhuila813@hotmail.com>, funvidaypaz <funvidaypaz@hotmail.com>, Doris Coronado Salgado <f.fundardoris@gmail.com>, f.fundarbelcyarenas@gmail.com <f.fundarbelcyarenas@gmail.com>, yotecuidofundacionsocial@gmail.com

<yotecuidofundacionsocial@gmail.com>, coordinador2yotecuido@gmail.com <coordinador2yotecuido@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Fundacion siderum <fundacionsiderum@gmail.com>, fundacion cajlos <fundacioncajlos@gmail.com>, fundacionsocialfunsam@gmail.com <fundacionsocialfunsam@gmail.com>
Cc: Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>, Luis Alfonso Rojas Uni <Luis.RojasU@icbf.gov.co>, Yhon Edinson Lizcano Henao <Yhon.Lizcano@icbf.gov.co>, Maria Fernanda Avila Perdomo <Maria.Avila@icbf.gov.co>

Muy buenas tardes,

De acuerdo a los compromisos adquiridos en la Asistencia Técnica sobre la PIYC realizada el día de hoy, adjuntamos la presentación.

Atentamente,

Equipo de Asistencia Técnica de apoyo a la Supervisión

BIENESTAR FAMILIAR

YULY PAOLA MONTEALEGRE ZANABRIA
Psicóloga Contratista – Equipo de Protección
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 1E-40
Teléfono: 608 8604700 Ext. 838021
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: CLASIFICADA

De: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Enviado: miércoles, 12 de marzo de 2025 17:09
Para: Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Cc: Erica Katherine Rodriguez Hoyos <EricaK.Rodriguez@icbf.gov.co>; Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>
Asunto: RV: Asistencia Técnica Implementación de las Propuestas de Implementación y Cualificación PIYC de los Operadores de Restablecimiento de Derechos

Buenas tardes, querida Yuly las coordinadoras de CZ nos encontramos para esa fecha y hora en comité de Gestión y desempeño

Cordialmente,

Claudia Liliana Vidal Floriano
Coordinadora
ICBF Sede Regional Huila
Centro Zonal La Plata
Calle 5b # 9ª-05
Teléfono: 8371127 Ext. 842000
www.icbf.gov.co
Clasificación de la información: CLASIFICADA

[Texto citado oculto]

AT PYIC (1).pptx
1712K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 17 del COMPONENTE TÉCNICO - 17) Participar en los espacios de fortalecimiento técnico de la modalidad Hogar Sustituto a los cuales sea convocado por las Autoridades Administrativas, el Centro Zonal, la Regional o la Sede Nacional del ICBF.

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 marzo del 2025, , el equipo de talento humano dispuesto por la fundación social yo te cuido para darme para la modalidad hogar sustituto, recibió invitación a las siguientes asistencias técnicas a través de correo electrónico:

Tema: Orientaciones para la Implementación de las Propuestas de Implementación y Cualificación PIYC de los Operadores de Restablecimiento de Derechos
Hora: 2:30 pm Fecha: 18/03/2025: Virtual

ASISTENCIA TECNICA RESPONSABLE PUNTO AAVN : presencial, centro zonal Garzón , el día 26-02-2025 hora 09:00 a.m

Asistencia técnica a los operadores de protección sobre la adecuada ubicación de los NNA en el aplicativo SIM, día 26 de marzo del 2025 a las 8:30 am : Virtual

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:

Paola Andrea Marin - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	PLAN DE TRABAJO MENSUAL - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 1

	2025 MARZO JENNY ALEXANDRA QUINTERO PSICOLOGA		CENTRO ZONAL PITALITO HUILA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
27-ene	28-ene	29-ene	30-ene	31-ene	1	2
3	4	5	6	7	8	9
REVISION DE CARPETAS	PROYECTO DE VIDA SHAIRA MELIZA CELIS	SEGUIMIENTO PLAN CASO KEVIN MATIAS MALES	SEGUIMIENTO PLAN CASO CAMILA ANDREA CORTES	ATENCION A NNA		
ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA		
ENVIO CORREO PARA RADICAR SEGUIMIENTO PLAN CASO	SEGUIMIENTO PLAN CASO NIYIRET TORO	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	RESPUESTA A CORROS		
10	11	12	13	14	15	16
ATENCION ANNA	SEGUIMIENTO PLAN CASO ELIZABETH MILAGROS SAMBONI	SEGUIMIENTO PLAN CASO LAURA MARIA BOCANEGRA	PROYECTO DE VIDA A NNA	PROYEVTO DE VIDA SARITA SOFIA ALVIRA		
ATENCION ANNA	SEGUIMIENTO PLAN CASO YASTIN SAMBONI	SEGUIMIENTO PLAN CASO LAURA ISABEL DORADO	PROYECTO DE VIDA A NNA	SEGUIMIENTO A PLAN CASO A NNA		
ATENCION ANNA	SEGUIMIENTO PLAN CASO HECTOR STIVEN	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	RADICAR SEGUIMIENTO A PLAN CASO		
17	18	19	20	21	22	23
SEGUIMIENTO PLAN CASO ANGEL DAVID CRUZ	SEGUIMIENTO PLAN CASO ANYELA SULAY	ATENCION A NNA	ENCUENTROS BIOLOGICOS	ENCUENTROS BIOLOGICOS		
SEGUIMIENTO PLAN CASO EMMANUEL,ANDRES FELIPE,YULIANA MALES	SEGUIMIENTO PLAN CASO SARITA SOFIA ALVIRA	ATENCION A NNA				
SEGUIMIENTO PLAN CASO SEBASTIAN GARZON	SEGUIMIENTO PLAN CASO ASTRID NICCOL MAGON,JOSE CAMILO MAGON	ATENCION A NNA				
24	25	26	27	28	29	30
ATENCION ANNA	VISITAS HOGARES SUSTITUTOS	VISITAS HOGARES SUSTITUTOS	SEUIMIENTO PLAN CASO KAREN TATIANA ARBOLEDA	REALIZACION INFORME DEL MES		
ATENCION ANNA						
ATENCION ANNA						

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

ASISTENCIA TECNICA RESPONSABLE PUNTO AAVN

3 mensajes

Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Para: "coordinador2yotecuido@gmail.com" <coordinador2yotecuido@gmail.com>
CC: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>

Buenas tardes representante legal YO TE CUIDO

Me permito informar que este jueves 26 de marzo de 2025 se realizará asistencia técnica a los responsables del punto de alimento de alto valor nutricional a las 9 AM, pendiente confirr

Igualmente se requiere para mañana 26 de marzo a las 8 AM la siguiente actualización de información

Cód Regional	Regional	Cód Municipio Punto	Municipio Punto	Centro Zonal	Cód Punto de Entrega	Punto de Entrega	
41	HUILA	41298	GARZÓN	CZ GARZON	41022980015	Yo te Cuido	
41	HUILA	41298	GARZÓN	CZ GARZON	41022980015	Yo te Cuido	

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Irma Constanza Almario Perdomo
Profesional Universitario
Coordinadora
ICBF Centro Zonal Garzón - Regional Huila
Calle 8 N° 6 – 38 B/ Centro
Teléfono: 608 8604700 Ext. 840000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa s
COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest
BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back a

---

Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co> 26 de marzo de 2025, 4:15 p.m.
Para: "coordinador2yotecuido@gmail.com" <coordinador2yotecuido@gmail.com>
CC: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>

Buenas tardes

Me permito informar que la asistencia vía técnica para responsables punto de AAVN se realizará en el hogar infantil Leonia

Cordialmente

Obtener Outlook para iOS

De: Irma Constanza Almario Perdomo
Enviado: Tuesday, March 25, 2025 3:24:39 PM
Para: coordinador2yotecuido@gmail.com <coordinador2yotecuido@gmail.com>
Cc: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>
Asunto: ASISTENCIA TECNICA RESPONSABLE PUNTO AAVN

[Texto citado oculto]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com> 26 de marzo de 2025, 9:51 p.m.
Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>, hamarap@hotmail.com

Cordial saludo

Para su conocimiento y fines pertinentes
[Texto citado oculto]
--
Atentamente:


Paola Andrea Marin
Coordinadora Hogares Sustitutos
312 4564343
coordinador2yotecuido@gmail.com
fundacionyotecuido.com
FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

Fwd: Orientacion y procedimiento ubicación de NNA en el aplicativo SIM SRD

1 mensaje

COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO 13 de marzo de 2025, 12:33 p.m.
<coordinador1yotecuido@gmail.com>
Para: Coordinador2yotecuido <coordinador2yotecuido@gmail.com>
CC: representantelegalyotecuido@gmail.com

Buen dia, remito información para su conocimiento.

---------- Forwarded message ---------
De: **Juan Sebastian Charry Gonzalez** <Juan.Charry@icbf.gov.co>
Date: jue, 13 mar 2025 a la(s) 10:30 a.m.
Subject: Orientacion y procedimiento ubicación de NNA en el aplicativo SIM SRD
To: hsfneiva <hsfneiva@gmail.com>, MARICELY GUILOMBO <maricely.guilombo@albergueinfantilneiva.org.co>, Fundación Vida y Paz Vida y Paz <funvidaypazgarzon@gmail.com>, fundacionvidaypaz75@gmail.com <fundacionvidaypaz75@gmail.com>, funvidaypaz <funvidaypaz@hotmail.com>, fusefhuila813 <fusefhuila813@hotmail.com>, Doris Coronado Salgado <f.fundardoris@gmail.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Fundacion siderum <fundacionsiderum@gmail.com>, lucelysbolanosc@gmail.com <lucelysbolanosc@gmail.com>, fundacionsocialfunsam@gmail.com <fundacionsocialfunsam@gmail.com>, fundacion cajlos <fundacioncajlos@gmail.com>
Cc: Maria Catalina Varela Ramirez <Maria.Varela@icbf.gov.co>

Buenos días Operadores

Cordial Saludo

Atentamente remito link para la correspondiente asistencia técnica que se realizara con el fin de fortalecer los conocimientos sombre las ubicaciones en el aplicativo SIM, Esta asistencia técnica se realizara el día 26 de marzo del 2025 a las 8:30 am.

Realizar asistencia técnica a los operadores de protección sobre la adecuada ubicación de los NNA en el aplicativo SIM

https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_ODZmMWU2NmMtYWQ3Mi00MTdlLTk1OGEtYjZkOTVlMmEwYTAy%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%223d92a5f3-bc7a-4a79-8c5e-5e483f7789bf%22%2c%22Oid%22%3a%22f31cdfe8-7b2e-422e-aa07-a9f24fde00f5%22%7d

Cordialmente,

Juan Sebastian Charry Gonzalez
Contratista – Líder SIM
Grupo Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 No. 1E – 40 – B/ San Vicente de Paul
Teléfono: 608 8604700 Ext. 838011
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

Cronograma Semana Familiar 2025

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com> 5 de febrero de 2025, 17:47

Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>

coridal saludo
Irma Constanza Almario Perdomo
coordinadora del icbf cz garzon

En cumplimiento de los compromisos adquiridos y dentro de nuestras funciones como operador, remitimos el cronograma proyectado para la Semana Familiar a lo largo del año 2025. Cabe destacar que esta información ha sido diligenciada con base en lo manifestado por las madres sustitutas.

Agradezco su atencion

--

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	ATENTAMENTE. CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL/GESTOR DE CASO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO CELI: 3105653706 gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.co

CRONOGRAMA SEMANAL PROYECTO FAMILIAR 2025.pdf
24K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 18 del COMPONENTE TÉCNICO - 18) Presentar al supervisor de contrato al inicio del contrato y de manera trimestral, un cronograma de lo que se denomina en el manual operativo de la modalidad: "semana de proyecto familiar" de cada uno de los Hogares Sustitutos que administra, con nombres de la madre o padre sustituto, fecha en que se tomará la semana de proyecto familiar, observación de si la semana se toma con los beneficiarios ubicados o no, todo esto con el fin de organizar este espacio de las familias sustitutas

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 cuenta con un cronograma de semana de fortalecimiento familiar a las madres sustitutas el cual fue construido y enviado a las supervisoras del contrato a través de correo electrónico.

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:

Paola Marin - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**INFORME TRIMESTRAL BUZON**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 1

Garzón Huila

DOCTORA:

IRMA CONSTANZA ALAMARIO

Coordinadora centro zonal Garzón Huila

Asunto: Entrega de Cronograma Semana Familiar 2025

En cumplimiento de los compromisos adquiridos y dentro de nuestras funciones como operador, remitimos el cronograma proyectado para la Semana Familiar a lo largo del año 2025. Cabe destacar que esta información ha sido diligenciada con base en lo manifestado por las madres sustitutas.

CRONOGRAMA SEMANAL PROYECTO FAMILIAR 2025		
Nombre	DESDE	HASTA
ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS	23 DE JUNIO	30 DE JUNIO
ANA MILENA FRAGUA POVEDA	1 DE JUNIO	8 DE JUNIO
CLARA INES ROJAS CUMBE	06 DE AGOSTO	13 DE AGOST
FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ	7 DE SEPTIEMBRE	14 DE SEPTIEMBRE
MARLENY FRAGUA POVEDA	1 DE JULIO	8 DE JULIO
MIRYAM ALMARIO CALDERON	10 DE MAYO	17 DE MAYO
OLGA LUCIA TRIANA CASAS	17 DE FEBRERO	22 DE FEBRERO
ONEIDA SUAREZ ANDRADE	22 DE DICIEMBRE	30 DE DICIEMBRE
PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA	7 DE JULIO	14 DE JULIO
VIANEY GALINDO	30 DE JUNIO	7 DE JULIO
YENNY MARCELA SIERRA ROJAS	1 DE SEPTIEMBRE	7 DE SEPTIEMBRE
STEFANY GUEVARA GARCES	15 DE SEPTIEMBRE	22 DE SEPTIEMBRE
MIREYA CRUZ VALENZUELA	1 DE SEPTIEMBRE	8 DE SEPTIEMBRE

CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
Gestor de caso
Programa Hogares Sustitutos.
Fundación Social Yo te Cuido

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

CRONOGRAMA PROYECTO FAMILIAR FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

1 mensaje

Gestora de caso La Plata Huila <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com> 4 de abril de 2025, 11:25 a.m.
Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <yotecuidofundacionsocial@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>

Doctora
Claudia Liliana Vidal Floriano
Coordinadora Centro Zonal La Plata
ICBF - Regional Huila

Cordial saludo,

Con el objetivo de dar continuidad a la estrategia denominada SEMANA DE PROYECTO FAMILIAR y cumplimiento a la cláusula contractual N° 18 correspondiente al componente técnico " Presentar al supervisor de contrato al inicio del contrato y de manera trimestral, un cronograma de lo que se denomina en el manual operativo de la modalidad: “semana de proyecto familiar” de cada uno de los Hogares Sustitutos que administra, con nombres de la madre o padre sustituto, fecha en que se tomará la semana de proyecto familiar, observación de sí la semana se toma con los beneficiarios ubicados o no,todo esto con el fin de organizar este espacio de las familias sustitutas" .
Por lo anterior se remite cronograma de semana de proyecto familiar actualizado y se informa que el ajuste del mismo se realizará de acuerdo al manual operativo .

LAURA XIMENA LOSADA ALVIRA
Gestora de caso
Fundación Social Yo Te Cuido

SEMANA DE PROYECTO FAMILIAR ABRIL-MAYO Y JUNIO.xlsx
25K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	PLAN DE TRABAJO MENSUAL - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 1

	2025 MARZO Lucy Katalina Menezes Molina Trabajadora social		CENTRO ZONAL PITALITO HUILA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
27-ene	28-ene	29-ene	30-ene	31-ene	1	2
3	4	5	6	7	8	9
REVISION DE CARPETAS	PROYECTO DE VIDA SHAIRA MELIZA CELIS	SEGUIMIENTO PLAN CASO KEVIN MATIAS MALES	SEGUIMIENTO PLAN CASO CAMILA ANDREA CORTES	ATENCION A NNA		
ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA		
ENVIO CORREO PARA RADICAR SEGUIMIENTO PLAN CASO	SEGUIMIENTO PLAN CASO NIYIRET TORO	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	RESPUESTA A CORROS		
10	11	12	13	14	15	16
ATENCION ANNA	SEGUIMIENTO PLAN CASO ELIZABETH MILAGROS SAMBONI	SEGUIMIENTO PLAN CASO LAURA MARIA BOCANEGRA	PROYECTO DE VIDA A NNA	PROYEVTO DE VIDA SARITA SOFIA ALVIRA		
ATENCION ANNA	SEGUIMIENTO PLAN CASO YASTIN SAMBONI	SEGUIMIENTO PLAN CASO LAURA ISABEL DORADO	PROYECTO DE VIDA A NNA	SEGUIMIENTO A PLAN CASO A NNA		
ATENCION ANNA	SEGUIMIENTO PLAN CASO HECTOR STIVEN	ATENCION A NNA	ATENCION A NNA	RADICAR SEGUIMIENTO A PLAN CASO		
17	18	19	20	21	22	23
SEGUIMIENTO PLAN CASO ANGEL DAVID CRUZ	SEGUIMIENTO PLAN CASO ANYELA SULAY	ATENCION A NNA	ENCUENTROS BIOLOGICOS	ENCUENTROS BIOLOGICOS		
SEGUIMIENTO PLAN CASO EMMANUEL,ANDRES FELIPE,YULIANA MALES	SEGUIMIENTO PLAN CASO SARITA SOFIA ALVIRA	ATENCION A NNA				
SEGUIMIENTO PLAN CASO SEBASTIAN GARZON	SEGUIMIENTO PLAN CASO ASTRID NICCOL MAGON,JOSE CAMILO MAGON	ATENCION A NNA				
24	25	26	27	28	29	30
	VISITAS HOGARES SUSTITUTOS	VISITAS HOGARES SUSTITUTOS	SEUIMIENTO PLAN CASO KAREN TATIANA ARBOLEDA	REALIZACION INFORME DEL MES		

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 19 del COMPONENTE TÉCNICO - 19) Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto.

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 - el talento humano vinculado a la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto - elaboro e implemento un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto en cual se desarrolló 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 Marin - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497