BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.P12.FP	14/12/2022
		Versión: 1	Página 1 de 3
		Clasificación de la información: Publica	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en donde se logre identificar la riqueza primaria de comportamiento y las pautas de crianza, verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, recursos con demuestren que el ingreso familiar no supera 1 S.M.M.L.V (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias existentes/halladas que permitan determinar la necesidad de prestación de atención en los servicios de intervención del componente social en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 18-03-2025 Hora de inicio: 1:55 pm Hora de finalización: 2:50

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: SANDRA CONSTANZA VALERA

No. Identificación: 55171304 Cargo: Apoyo Psicosocial Profesión: Psicóloga

Regional: HUILA Municipio: NEIVA SAE: ✓ C. Zonal: ✓ NEIVA

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: LEIDY JHOTTANA Apellidos: CASTIBLANCO TRUCO

Tipo de documento: CEDULA No. de documento: 1075267955

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 29-05-1992 Edad: 33

Dirección: CLL 5 N: 4 -106 C5 Teléfono: 3053615933

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días: X Mujer gestante:

Nombres: SOLIMAR Apellidos: AGUDELO CASTIBLANCO

Tipo de documento: PC No. de documento: 1037256115

Lugar de nacimiento: NEIVA Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23-02-23 Edad: 2 AÑOS

Sexo: Hombre: Mujer: X Intersex: Nacionalidad: Colombiana

¿Afiliado(a) a salud? Si: X No: ¿Cuál entidad de salud? SANITAS ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si: Cuál: No: X

¿Presenta alguna discapacidad? Si: No: X Cuál:

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

LA USUARIA participa en ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO a la lactancia Materna.

Ubicación de su vivienda (Marque con una X): Rural: Urbano: X Tipo de municipio: CAPITAL

Dirección: CLL 5 N: 4 -106 - C5 Teléfono: 3053615932

Barrio o vereda: 4 ESQUINAS Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
AUXILIO AGUDELO	CC	1003803544	31	PRIMARIA	OFICIOS	PADRE
JEIDY JHOTTANA CASTIBLANCO	CC	1075267955	33	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MADRE
MAICOL ANDRES SUAREZ CHEVA	TI	1075396816	16	SECUNDARIA	ESTUDIA	HERMANO
DUAN ESTEBAN AGUDELO	TI	1037730074	11	PRIMARIA	ESTUDIA	HERMANO
SARA VALENTINA AGUDELO	TI	1075805516	8	PRIMARIA	ESTUDIA	HERMANA

Artículo explicativo de la familia según componentes histórico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, hábitos y costumbres)

LA familia se compone de cinco miembros: padres, hijos. Esta estructura refleja una tipología familiar nuclear donde la madre juega un papel fundamental en la crianza y educación de los niños

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F1.G22.FP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [X] Apartamento [ ] Cuarto [ ] Lote [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otra [ ]

Estrato: [2] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? 3 meses Asentamiento informal: Si [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si o No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de residuos	Gas domiciliario
Y	X	X	Y

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [X] No [ ]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. habitantes según el censo reciente:	Describa otros espacios:
2	5	PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [X] No [ ] Cuál [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

CASA USADA, CON 2 HABITACIONES, BAÑO, COCINA. CON TECHOS EN ZINC, PISOS EN TIERRA Y TEJAS METÁLICAS

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita está de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [X] NO [ ]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONÓMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Ocupación	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Tiempo que lleva en esa actividad
AUXILIAR AULAS	OFICIOS VARIOS	INDEPENDIENTE	1 AÑO

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	600.000
Intermitentes	
Arriendos	
Honorarios del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Ninguno (Desempleo)	
Cesantías	
Otros	
TOTAL INGRESOS	

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos entregado en el objetivo de la visita

LA FAMILIA NECESITA EL SERVICIO DE INGRESOS MENSUALES NO ALCANZAN A SOPORTAR LOS GASTOS DE UNA FAMILIA NUMEROSA

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo
¿La niña, niño o mujer gestante está bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo
¿La niña o niño permanece solo(a) en casa?	Si	X	No		Tiempo
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X	
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

ES NECESARIO QUE LA FAMILIA GESTIONE EN SISBEN EL INGRESO DEL NIÑO YA QUE POR SU GRADO DE VULNERABILIDAD NECESITA LOS BENEFICIOS DEL MISMO.
EL USUARIO NECESITA DEL PROGRAMA

X. FIRMAS

SAMUEL CASTAÑEDA

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LEIDY CORREDOR

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	P1.0F2.FP	14/12/2022
		Versión: 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Público	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, bajo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1 S.M.M.L.V (Decreto Último Legal Vigentes + demás evidencias excluyentes/claves que permitan determinar la necesidad de permanencia de niñas/os en los servicios de educación de estimulación inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 15-03-2023 Hora de inicio: 12:05 Hora de finalización: 12:35

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: SANDRA CONSTANZA VARGAS CUELLA

No. Identificación: 55183041 Cargo: Apoyo Técnico Profesional Profesión: Psicóloga

Regional: NORTE Municipio: VILLAVICENCIO SAE: ✓ C. Zonal: ✓ NEIVA

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: CAROLINA Apellidos: TOLLA RODRIGUEZ

Tipo de documento: T.I No. de documento: 1023378678

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 29-01-2005 Edad: 17

Dirección: VEREDA HATO NUEVO Teléfono: 3702677483

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días: X Mujer gestante:

Nombres: THOMAS Apellidos: RODRIGUEZ TOLLA

Tipo de documento: RC No. de documento: 1053134402

Lugar de nacimiento: NEIVA Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 04/04/2022 Edad: 2

Sexo: Hombre: X Mujer: Intersex: Nacionalidad: Colombiano

¿Afiliado(s) a salud? Si: X No: ¿Cuál entidad de salud? ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si: No: X Cuál:

¿Presenta alguna discapacidad? Si: No: X Cuál:

Aspectos nutricionales (Prematicio, seguimiento) y complementación alimentaria

El usuario no cuenta con aspectos nutricionales.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural: X Urbana: Tipo de municipio: Corregimiento

Dirección: VEREDA HATO GRA NUEVO Teléfono: 3702677483

Barrio o vereda: VEREDA HATO NUEVO Coordenadas: X Y

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
CAROLINA TOLLA RODRIGUEZ	Cedula	1023378678	17	BACHILLER	AMA DE CASA	MADRE
THOMAS RODRIGUEZ TOLLA	RC	1053134402	2	N.E	N.E	EL USUARIO

Análisis cualitativo de la familia según componente histórico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, hábitos y costumbres)

La familia se compone de 2 miembros una tipología familiar monoparental donde la madre juega un papel fundamental en la crianza y educación del niño y es la proveedora de la familia

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G02.FP	10/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. SISTEMATIZACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [X] Apartamento [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [X] Otro [ ]

Estrato: [1] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [17 AÑOS] Asentamiento informal: Si [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si o No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [ ]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. habitantes según espacios tasados:	Describa otros espacios:
3	9	

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [X] No [ ] Cuál [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

CASA con 3 habitaciones, USADA EN ARRIENDO.
En condiciones dificiles

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita está de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda como evidencia de las características y particularidades con esta presencia?

SI [X] NO [ ]

VII. SISTEMATIZACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingresos y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Permanece con el solicitante
CAROLINA FALLA RODRIGUEZ	OFICIOS VARIOS	BOGOTÁ	MADRE

Ingresos familiares	Mensual
Salarios Ppio	0
Remesas	700000
Alimentos	0
Ayudas del exterior	0
Intereses	0
Pensión	0
Cesantías - Comercio	0
Cultivos	0
Otros	0
TOTAL INGRESOS	

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia reporta el nivel de ingresos evidenciado en el ejercicio de la visita

la familia necesita del subsidio los ingreso del mes no alcanzan a soportar los gastos de la Hia

VIII. ASPECTOS ACTITUDINALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo
¿La niña, niño o mujer gestante está bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo
¿La niña o niño permanece solo(a) en casa?	Si	X	No		Tiempo
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X	
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Es necesario que la madu gestione el sisben e incluyan al niño para que pueda recibir los beneficios que este le otorga

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Carolina Falla Rodriguez

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	FI.GI2.FP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 3
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, aspectos que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias socioeconómicas que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educación inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 15-03-2023 Hora de inicio: 7:30 Hora de finalización: 3:30

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo contratista que visita: SANDRA CONSTANZA VARGAS CUELLAR

No. Identificación: 55181304 Cargo: APOYO PSICOSOCIAL Profesión: PSICOLOGA

Regional: HUILA Modalidad: NEIVA SAE: ✓ C. Zonal: ✓ NEIVA

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: DIANA MELISSA Apellidos: SUAREZ ARIAS

Tipo de documento: CC No. de documento: 1075287140

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 15-03-1995 Edad: 30

Dirección: CRA 5 N° 5-119 Teléfono: 3167513689

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días: X Mujer gestante:

Nombres: ISACCO Apellidos: CORTES SUAREZ

Tipo de documento: RC No. de documento: 1220699078

Lugar de nacimiento: NEIVA Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 29-01-25 Edad: 9/12

Sexo: Hombre: X Mujer: Intersex: Nacionalidad: COLOMBIANO

¿Afiliado(a) a salud? Sí: X No: ¿Cuál entidad de salud? NUEVA EPS. ¿Pertenece a algún grupo étnico? Sí: No: X Cuál:

¿Presenta alguna discapacidad? Sí: No: X Cuál:

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

El usuario no cuenta con aspectos nutricionales

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural: Urbana: X Tipo de municipio: CAPITALES

Dirección: CRA 5 N 5-119 Teléfono: 3167513689

Barrio ó vereda: Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
JUAN PABLO CORTES SANCHEZ	CC	1075281936	30	Tecnólogo	Empleado	PADRE
DIANA MELISSA SUAREZ ARIAS	CC	1075287140	30	Técnico	Empleada	MADRE
JUAN MARTIN CORTES SUAREZ	RC	1077249278	7	Primaria	Estudiante	Hermano

Análisis cualitativo de la familia según componente histórico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, hábitos y costumbres)

La familia se compone de 3 miembros, esta refleja una tipología familiar monoparental donde la madre juega el papel fundamental en la crianza y educación del niño, el padre es el proveedor. La tipología es nuclear.

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F2.G22.FP	18/11/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. SISTEMATIZACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [X] Apartamento [ ] Otra [ ] Cual [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otra [ ]

Estrato: [2] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [ ] Asentamiento informal: SI [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. habitables bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
4		

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [X] No [ ] Cuál [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

CASA USADA, 4 habitaciones, paredes, ladrillo, baño, cocina

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita está de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [X] NO [ ]

VII. SISTEMATIZACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingresos y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
JUAN PABLO CORTES SALAZAR	Independiente	Independiente	PADRE

Ingresos familiares	Monto
Subsidios fijos	0
Independientes	700.000
Arriendos	0
Pensiones del exterior	0
Pensiones	0
Rendimientos financieros	0
Cultivos	0
Otros	0
TOTAL INGRESOS	

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio si existe en que la familia percibe el nivel de ingresos enfocado en el objetivo de la visita

la familia necesita del sercico los ingresos mensuales no al contar o soportar los gastos de una familia.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	SI	[X]	No	[ ]	Tiempo [ ]
¿La niña, niño o mujer gestante está bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	SI	[ ]	No	[X]	Tiempo [ ]
¿La niña o niño permanece solo(a) en casa?	SI	[X]	No	[ ]	Tiempo [ ]
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	SI	[ ]	No	[X]	
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	SI	[ ]	No	[ ]	
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	SI	[ ]	No	[ ]	

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Es necesario que la familia gestione en sisben el ingreso del niño ya que por su grado de vulnerabilidad necesita los beneficios del mismo

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Diana Melissa Suoca Arias

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias socio/familiares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 21-03-2025 Hora de inicio: 02:00 Hora de finalización: 03:00

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: DIEGO CASTRO

No. Identificación: 1075288731 Cargo: PSICOSOCIAL Profesión: PSICOLOGO

Regional: HUILA Municipio: NEIVA EAS: ✓ C. Zonal: ✓ NEIVA

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: UNDA Apellidos: UREÑO

Tipo de documento: CC No. de documento: 1003 802 588

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09-11-2001 Edad: 24 A.

Dirección: TORRE 20 APTO 104 Teléfono: 316 977 1603

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días [X] Mujer gestante [ ]

Nombres: JUAN DAVID Apellidos: MARTINEZ SILVA

Tipo de documento: R.C. No. de documento: 1075812690

Lugar de nacimiento: NEIVA HUILA Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 12-02-2025 Edad: 1 M.

Sexo: Hombre [X] Mujer [ ] Intersex [ ] Nacionalidad: COLOMBIANO

¿Afiliado(s) a salud? Si [X] No [ ] ¿Cuál entidad de salud? FAMISANAR ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si [ ] No [X] Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si [ ] No [X] Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural [ ] Urbana [X] Tipo de municipio: NEIVA

Dirección: TORRE 20 APT 104 Teléfono: 316 977 1603

Barrio ó vereda: CUARTO CENTENARIO Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
UNDA UREÑO	CC	1003802588	24	BACH.	AMA	MAMÁ
JUAN DAVID MARTINEZ	CC	1075270890	29	BACH.	IND.	PAPÁ

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [ ] Apartamento [X] Otro [ ] Cuál [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro [ ]

Estrato: [2] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [6 MESES] Asentamiento informal: Si [ ] No [X]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2	3	PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [X] No [ ] Cuál [CALLE]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
JUAN DAVID MARTINEZ	ASESOR.	NENA	PAPA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	$800.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	$800.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo	24 H
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Cualquier copia impresa de este documento se tomarán 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 21-03-2025 **Hora de inicio:** 10:00 **Hora de finalización:** 11:00

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: DIEGO CASTRO

No. Identificación: 1075288731 **Cargo:** PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGO

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:** ✓ **C. Zonal:** ✓ NEIVA

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: LAURA SANCHEZ **Apellidos:** SANCHEZ

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1193082802

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06-04-2002 **Edad:** 23 A.

Dirección: CL 79 2-95 LUIS E. VANEGAS **Teléfono:** 3112963190

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días [X] **Mujer gestante** [ ]

Nombres: HELLEN VICTORIA **Apellidos:** REYES SANCHEZ

Tipo de documento: R.C. **No. de documento:** 1029899061

Lugar de nacimiento: NEIVA - H. **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):** **Edad:**

Sexo: Hombre [ ] Mujer [X] Intersex [ ] **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? Si [X] No [ ] **¿Cuál entidad de salud?** SANITAS **¿Pertenece a algún grupo étnico?** Si [ ] No [X] **Cuál**

¿Presenta alguna discapacidad? Si [ ] No [X] **Cual**

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural [ ] Urbana [X] **Tipo de municipio:** NEIVA

Dirección: CL 79 2-95 LUIS **Teléfono:** 311 296 3190

Barrio ó vereda: LUIS EDUARDO VANEGAS **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
LAURA SANCHEZ	CC	1193082802	22	BACH.	AMA.	MAMÁ
DANIEL REYES	CC	1003953080	23	BACH	IND.	PAPÁ.

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA, RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Copias o impresiones de este documento se consideran 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [ ] Apartamento [X] Otro [ ] Cuál [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro [ ]

Estrato: [1] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [2 AÑOS] Asentamiento informal: Si [ ] No [X]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
3	3	PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [X] No [ ] Cuál [PUERTA PRINCIPAL]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
DAVID REYES	INDEPENDIENTE	MENA	PAPÁ

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	$1'000.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	$1'000.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo	24 H
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Laura Tatiana Sanchez R.
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Scanned with CamScanner

045

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 26-03-2025 Hora de inicio: 08:00 Hora de finalización: 09:00

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: DIEGO CASTRO

No. Identificación: 1075285731 Cargo: PSICOSOCIAL Profesión: PSICOLOGO

Regional: HUILA Municipio: NEIVA EAS: ✓ C. Zonal: ✓ NEIVA

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: VICIELDY Apellidos: ESCOBAR

Tipo de documento: CC No. de documento: 1133 149 410

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06-04-95 Edad: 29 AÑOS

Dirección: LOTE 180 VILLA COLOMBIA Teléfono: 321980 9049

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: AILANY GISELLE Apellidos: PATIÑO ESCOBAR

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1029899107

Lugar de nacimiento: NEIVA Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 02-01-25 Edad: 1M.

Sexo: Hombre Mujer X Intersex Nacionalidad: COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Cuál entidad de salud? N. EPS. ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio: NEIVA

Dirección: LOTE 180 VILLA COLOMBIA Teléfono: 321 980 9049

Barrio ó vereda: VILLA COLOMBIA Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
VICIELDY ESCOBAR	CC	1133149410	29	BACH.	AMA.	MAMÁ
JHON NEIDER PATIÑO	CC	1075285924	29	BACH.	IND.	PAPÁ

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO. SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Antes de imprimir este documento ... piense en 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	Casa		Apartamento	X	Otro		Cuál	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	Propia		Arrendada	X	Familiar		Otro	
Estrato:	1	¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?	1 AÑO	Asentamiento informal:	SI		No	X

Acceso a servicios públicos (Indique con SI ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? SI [ ] No [X]

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? SI [X] No [ ] Cuál CALLE PRINCIPAL

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
JHON NEIDER P.	INDEPENDIENTE	NEIVA-	PAPA.

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	$900.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	$900.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	SI	X	No		Tiempo	24 H.
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	SI		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	SI		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	SI		No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	SI		No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	SI		No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Vicleidy Johana Escobar
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Scanned with CamScanner

J. H.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 11-03-2025 Hora de inicio: 03:00 Hora de finalización: 04:00

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: DIEGO CASTRO

No. Identificación: 1075288731 Cargo: PSICOLOGA Profesión: PSICOLOGO

Regional: HUILA Municipio: NEIVA EAS: ✓ C. Zonal: ✓ NEIVA

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: JAIDY RAMIREZ Apellidos: RAMIREZ

Tipo de documento: CC No. de documento: 36300711

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 04-06-1979 Edad: 44

Dirección: CRA 1E BIS A 39 PRADERAS NORTE Teléfono: 3195762917A

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: ABUELA

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: NOHARA JULIETH Apellidos: DIAZ SILVA

Tipo de documento: RC. No. de documento: 1077256550

Lugar de nacimiento: NEIVA Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 16-08-2023 Edad: 1 AÑO

Sexo: Hombre Mujer X Intersex Nacionalidad: COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X

¿Cuál entidad de salud? FAMISANAR Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio: NEIVA

Dirección: CRA 1E BIS A 39 Teléfono: 3195762917

Barrio ó vereda: PRADERAS AL NORTE Coordenadas: X Y

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
JAIDY RAMIREZ	CC	36300711	44	BACH.	AMA	MAMA
HENRY SILVA	CC	7690590	51	BACH.	CONDUCTOR	ABUELO.
EDITH JULIETH SILVA	CC	1075349853	26	BACH.	IND.	MAMA

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	Casa	X	Apartamento		Otro		Cuál
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	Propia		Arrendada	X	Familiar		Otro
Estrato: 2	¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?	1 AÑO	Asentamiento informal:	Si		No	X

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	3	4	SALA

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [X] No [ ] Cuál: CALLE PRINCIPAL

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

Si [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
HENRY SILVA	CONDUCTOR	NEIVA	ABUELO

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	$800.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	$800.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo	24H
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Erica Julieth Silva Ramirez
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Antes de imprimir este documento .. piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se reputará 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F1.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 6 2025 Hora de inicio: 9:00 am Hora de finalización: 10:00 am

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1073208731 Cargo: Psicologo Profesión: psicologo

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Claudia Camila Apellidos: Ardila Jorge

Tipo de documento: Cedula No. de documento: 1.070.311.069

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/02/1999 Edad: 26 años

Dirección: Calle 25A # 7A-20 Teléfono: 3204387253

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Mamá

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: Maria Lucia Apellidos: Velasquez Ardila

Tipo de documento: Registro civil No. de documento: 1.076.928.699

Lugar de nacimiento: Neiva - Huila Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 3/12/2024 Edad: 3 meses

Sexo: Hombre Mujer X Intersex Nacionalidad: Colombiana

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Cuál entidad de salud? Sanitas ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X Cuál N/A

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: Calle 25A # 7A-20 Teléfono: 3204387253

Barrio ó vereda: Jose Eustacio Rivera Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Luis Miguel Velasquez Chala	C.C	1.075.212.623	26		Empleado	Papa
Claudia Camila Ardila Jorge	C.C	1.070.311.069	31		Ama de casa	Mama
Adriana Jorge	C.C	55.155.909	56		Ama de casa	Abuela
Maria Lucia Velasquez	R.C	1.076.928.699	3		Usuaria	Hija

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO. SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	Casa		Apartamento	X	Otro		Cuál	N/A	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	Propia		Arrendada	X	Familiar		Otro	N/A	
Estrato:	1	¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?	2 años	Asentamiento informal:	SI		No		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No)	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	Si	Si	Si	Si

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? SI [ ] No [X]

Distribución de espacios.	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	N/A

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? SI [ ] No [X] Cuál: N/A

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Luis Miguel Velasquez Chala	Empleado	Cagrodesa del Huila	padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1 Salario minimo
Informalidad	no
Arriendos	no
Remesas del exterior	no
Honorarios	no
Pensión	no
Negocios / Comercio	no
Cultivos	no
Otros	no
TOTAL INGRESOS	No

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	SI	X	No		Tiempo
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	SI		No	X	Tiempo
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	SI		No	X	Tiempo
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	SI		No	X	
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	SI		No	X	
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	SI		No	X	

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

Diego Castro
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

P Marlon Camilo Ardila Jara
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 6 2025 Hora de inicio: 2:00pm Hora de finalización: 3:00pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075.288.731 Cargo: Psicologo Profesión: psicologo

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Ana Maria Apellidos: Soto Alvarez

Tipo de documento: C.C No. de documento: 1.075.319.548

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 24/06/1999 Edad: 26

Dirección: Calle 25 #8C-16 Teléfono: 3155863959

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 25 días X Mujer gestante

Nombres: Brayan Stiven Apellidos: Florez Soto

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1.077.257.424

Lugar de nacimiento: Neiva-Huila Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 14/11/2024 Edad: 3m

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: Colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Cuál entidad de salud? Sanitas ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si Cuál N/A No X

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: Calle 25 #8C-16 Teléfono:

Barrio ó vereda: Jose Eustacio Rivera Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Brayan Stiven Florez Murcia	C.C	1.003.814.059	28	Bachiller	Empleado	papá
Ana María Soto Alvarez	CC	1.075.319.548	26	Bachiller	Ama de Casa	mamá

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA, RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [ ] Apartamento [X] Otro [ ] Cuál: N/A

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro: N/A

Estrato: 1 ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? 3 años Asentamiento informal: SI [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (Indique con SI ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? SI [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2	3	N/A

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? SI [ ] No [X] Cuál: N/A

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS. PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las caracteristicas y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Brayan Stiven Florez Murcia	Bodeguero	Deposito	padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1 Salario minimo
Informalidad	NO
Arriendos	NO
Remesas del exterior	NO
Honorarios	NO
Pensión	NO
Negocios / Comercio	NO
Cultivos	NO
Otros	NO
TOTAL INGRESOS	

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	SI	X	No		Tiempo
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	SI		No	X	Tiempo
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	SI		No	X	Tiempo
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	SI		No	X	
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	SI		No	X	
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	SI		No	X	

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Ma maria soto A
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F1.Q22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Publica	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1.5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 6 2025 — Hora de inicio: 4:00pm — Hora de finalización: 5:00pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075.288.737 — Cargo: Psicologo — Profesión: Psicologo

Regional: Huila — Municipio: Neiva — EAS: ✓ — C. Zonal: ✓ — Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Shirley Vanessa — Apellidos: Cortez Perez

Tipo de documento: C.C — No. de documento: 1.003.908.705

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 22/06/2002 — Edad: 22 años

Dirección: Cok 27 - — Teléfono: 3214267491

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días: X — Mujer gestante:

Nombres: Michell Sofia — Apellidos: Zamora Cortes

Tipo de documento: P.C — No. de documento: 1.250.099.076

Lugar de nacimiento: Neiva-Huila — Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 15/02/2025 — Edad: 1 mes

Sexo: Hombre: — Mujer: X — Intersex: — Nacionalidad: Colombiana

¿Afiliado(a) a salud? Si: X — No: — ¿Cuál entidad de salud? Nueva EPS — ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si: — No: X — Cuál: N/A

¿Presenta alguna discapacidad? Si: — No: X — Cual: N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural: — Urbana: X — Tipo de municipio:

Dirección: Cok 27 — Teléfono: 3214267491

Barrio ó vereda: Asentamiento Bajo Tenerife — Coordenadas: X: — Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Diego Armando Zamora Barrios	C.C	1.075.319.956	25	Bachiller	Empleado	padre
Shirley Vanessa Cortez Perez	C.C	1.003.908.705	22	Bachiller	Ama de casa	madre

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [ ] Apartamento [X] Otro [ ] Cuál N/A

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro N/A

Estrato: 1 ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? 2 años Asentamiento informal: Si [ ] No [X]

Acceso a servicios públicos (Indique con SI ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	N/A

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [ ] No [X] Cuál N/A

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las caracteristicas y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Diego Armando Zamora B.	Empleado	Almacén	padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1 Salario mínimo
Informalidad	0
Arriendos	0
Remesas del exterior	0
Honorarios	0
Pensión	0
Negocios / Comercio	0
Cultivos	0
Otros	0
TOTAL INGRESOS	

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Vanessa Cortez
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 10 2025 Hora de inicio: 8:00am Hora de finalización: 9:00am

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075-288.731 Cargo: Psicologo Profesión: Psicologo

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Isabella Apellidos: Rivera Medina

Tipo de documento: C.C No. de documento: 1.076.904.979

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/06/2005 Edad: 19 anos

Dirección: Calle 12 #16-75 Teléfono: 3163857837

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: Juan Pablo Apellidos: Pinzon Rivera

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1.077.277.618

Lugar de nacimiento: Neiva-Huila Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/02/2025 Edad: 1 mes

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: Colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si ✓ No ¿Cuál entidad de salud? Sanitas ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X Cuál N/A

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: Calle 12 #16-75 Teléfono: 3163857837

Barrio ó vereda: Los Mártires Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Daniel Orlando Pinzon Herrera	C.C	1.077.274.178		Bachiller	Empleado	Padre
Isabela Rivera Mendez	C.C	1.076.904.979	19	Bachiller	Ama de casa	Madre

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 6 2025 Hora de inicio: 2:00pm Hora de finalización: 3:00pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075.288.721 Cargo: Psicologo Profesión: psicologo

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Ana Maria Apellidos: Soto Alvarez

Tipo de documento: C.C No. de documento: 1.075.319.548

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 24/06/1999 Edad: 26

Dirección: Calle 25 #8C-16 Teléfono: 3155863959

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: Brayan Stiven Apellidos: Florez Soto

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1-097.257.424

Lugar de nacimiento: Neiva-Huila Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 14/11/2024 Edad: 3m

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: Colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Cuál entidad de salud? Sanitas ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si Cuál No X N/A

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: Calle 25 #8C-16 Teléfono:

Barrio ó vereda: José Eustacio Rivera Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Brayan Stiven Florez Murcia	C.C	1.003.814.058	28	Bachiller	Empleado	papá
Ana Maria Soto Alvarez	C.C	1.075.319.548	26	Bachiller	Ama de Casa	mamá

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 10 2025 Hora de inicio: 10:00am Hora de finalización: 11:00am

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075.288.731 Cargo: psicologo Profesión: psicologo

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Mayerly Apellidos: Ramirez chacon

Tipo de documento: C.C. No. de documento: 1.075.240.715

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/08/1995 Edad: 29 años

Dirección: Carrera 6A # 31-25 Teléfono: 3152665723

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias X Mujer gestante

Nombres: Angel Fabian Apellidos: Ramirez Sala.c

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1.112.503.524

Lugar de nacimiento: Neiva-Huila Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/01/2024 Edad: 1año-2m

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X

¿Cuál entidad de salud? Nueva EPS Cuál N/A

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: carrera 6A # 31-25 Teléfono: 3152665723

Barrio ó vereda: Aeropuerto Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Nattalie Maye Salas Pina	CC	V. 199.319.39	11	Bachiller	Empleada	padre
Mayerly Ramirez chacon	CC	1.075.240.715	29	Bachiller	Ama de casa	Madre

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [ ] Apartamento [X] Otro [ ] Cuál N/A

Tenencia de la vivienda (Marque con una X) Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro N/A

Estrato: 1 ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? 2 años Asentamiento informal: SI [ ] No [X]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No)

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? SI [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2	3	N/A

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? SI [ ] No [X] Cuál N/A

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Nathalie Maye Salas Pina	oficios varios	Restaurante	padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1 Salario Minimo
Informalidad	NO
Arriendos	NO
Remesas del exterior	NO
Honorarios	NO
Pensión	NO
Negocios / Comercio	NO
Cultivos	NO
Otros	NO
TOTAL INGRESOS	NO

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	SI	X	No		Tiempo	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	SI		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	SI		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	SI		No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	SI		No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	SI		No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Mayerly Ramirez Ch.
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1.5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 10 2025 | Hora de inicio: 2:00pm | Hora de finalización: 3:00 pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075.288.377 | Cargo: Psicologo | Profesión: Psicologo

Regional: Huila | Municipio: Neiva | EAS: ✓ | C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Karla Yurliany | Apellidos: Escalante Mora

Tipo de documento: C.C | No. de documento: V. 25. 165964

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): Venezuela | Edad: 31 años

Dirección: Lote 35 | Teléfono: 3144317322

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días: X | Mujer gestante:

Nombres: Miguel Andres | Apellidos: Peña Escalante

Tipo de documento: R.C | No. de documento: 1.075.328.925

Lugar de nacimiento: Neiva - Huila | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 15/02/2024 | Edad:

Sexo: Hombre: X | Mujer: | Intersex: | Nacionalidad: colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si: X | No: | ¿Cuál entidad de salud? Nueva EPS | ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si: | Cuál: | No: X N/A

¿Presenta alguna discapacidad? Si: | No: X | Cual: N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural: | Urbana: X | Tipo de municipio:

Dirección: Lote 35 | Teléfono: 3144317322

Barrio ó vereda: Asentamiento José Eustacio R. | Coordenadas: X: | Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Victor Eduardo Peña Alvarez	C.C	V. 31.515.374	33	Primaria	Independ	padre
Karla Yurliany Escalante Mora	C.C	V. 25.165.364	31	Primaria	Independ	madre

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA, RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [ ] Apartamento [X] Otro [ ] Cuál: N/A

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro: N/A

Estrato: [1] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? 1 año Asentamiento informal: Si [ ] No [X]

Acceso a servicios públicos (Indique con SI ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2	3	N/A

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [ ] No [X] Cuál: N/A

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Victor Eduardo Pena A.	Independiente	Independiente	padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	mensual 1 salario m.
Informalidad	NO
Arriendos	NO
Remesas del exterior	NO
Honorarios	NO
Pensión	NO
Negocios / Comercio	NO
Cultivos	NO
Otros	NO
TOTAL INGRESOS	NO

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si		No	X	Tiempo		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No	X			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No	X			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Karla Escalante
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F1.G32.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educación inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 10 2023 | Hora de inicio: 9:00AM | Hora de finalización: 10:00AM

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075.288.371 | Cargo: psicologo | Profesión: psicologo

Regional: Huila | Municipio: Neiva | EAS: ✓ | C. Zonal: ✓ | Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Maria Geraldin | Apellidos: Peñuela Soto

Tipo de documento: C.C | No. de documento: 1.001.764.891

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 8/12/1999 | Edad: 23 años

Dirección: Lote 131 | Teléfono: 3133699734

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días: X | Mujer gestante:

Nombres: Kevin Andres | Apellidos: Zuniga Peñuela

Tipo de documento: R.C | No. de documento: 1.075.812.096

Lugar de nacimiento: Neiva - Huila | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 28/12/2023 | Edad: 1 AÑO - 3m.

Sexo: Hombre: X | Mujer: | Intersex: | Nacionalidad: Colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si: X | ¿Cuál entidad de salud? Sanitas | No: | ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si: | Cuál: | No: X | N/A

¿Presenta alguna discapacidad? Si: | No: X | Cual: N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural: | Urbana: X | Tipo de municipio:

Dirección: Lote 131 | Teléfono: 3133699734

Barrio ó vereda: Asentamiento Andecito 1 | Coordenadas: X: | Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Gustavo Alexis Zuniga Meneses	C.C	1.003.869766	27	Bachiller	empleado	padre
Maria Geraldin Peñuela Soto	C.C	1.001.764.891	25	Bachiller	Ama de casa	madre

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASADAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F1.G32.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [ ] Apartamento [X] Otro [ ] Cuál N/A

Tenencia de la vivienda (Marque con una X) Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro N/A

Estrato: 1 ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? 2 AÑOS Asentamiento informal: Si [ ] No [X]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No)

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2	3	N/A

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [ ] No [X] Cuál N/A

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las caracteristicas y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Gustavo Alexis Zuniga N.	Empleado	Empleado	padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1 salario minimo
Informalidad	NO
Arriendos	NO
Remesas del exterior	NO
Honorarios	NO
Pensión	NO
Negocios / Comercio	NO
Cultivos	NO
Otros	NO
TOTAL INGRESOS	

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

~ maria geraldin P.
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias socio familiares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 20 2025 Hora de Inicio: 11:00 AM Hora de finalización: 12:00 PM

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075.288.371 Cargo: psicologo Profesión: Psicologo

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Mauren Sofia Apellidos: Sanchez Suarez

Tipo de documento: C.C No. de documento: 1.077.226.186

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 1/02/2006 Edad: 19 años

Dirección: Calle 12 # 16-71 Teléfono: 3118693293

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: Deiby Apellidos: Martinez Sanchez

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1.077.257.354

Lugar de nacimiento: Neiva - Huila Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 1/10/2019 Edad: 5 M

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: Colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Cuál entidad de salud? Sanitas ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si Cuál N/A No X

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: Calle 12 16# 71 Teléfono: 3118693293

Barrio ó vereda: Los Martires Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Mauren Sofia Sanchez Suarez	C.C	1077.226186	19	Bachiller	Ama de casa	Madre
Flor Mireya Suarez Neto	C.C	20.424.852	50	Bachiller	Independ	Abuela
Hector Fabio Sanchez Javier	C.C	7'705.911	46	Bachiller	Indepen	Abuelo

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA, RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	Casa	X	Apartamento		Otro		Cuál	N/A	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X)	Propia		Arrendada	X	Familiar		Otro	N/A	
Estrato: 1	¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?	1 año	Asentamiento informal:	Si		No	X		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No)	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	4	N/A

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [ ] No [X] Cuál: N/A

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las caracteristicas y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Flor Mireya Suarez Peto	ama de casa	Casa	Abuela
Hector Fabio Sanchez J.	Acarreos - camioneta	Independiente	Abuelo

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1 Salario Minimo
Informalidad	No
Arriendos	No
Remesas del exterior	No
Honorarios	No
Pensión	No
Negocios / Comercio	No
Cultivos	No
Otros	No
TOTAL INGRESOS	No

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	No		Tiempo	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si	No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si	No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si	No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si	No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si	No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Mauren Sofia Sanchez
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G32.FP	10/1/2022
		Versión 1	Página 1 de 3
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1.5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás aspectos socio-familiares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educación inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: Marzo 20 2025 Hora de inicio: 2:00pm Hora de finalización: 2:40pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Diego Mauricio Castro

No. Identificación: 1.075.288.311 Cargo: psicologo Profesión: psicologo

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Ana Marcela Apellidos: Romero Reyes

Tipo de documento: C.C No. de documento: 1.075.224.156

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 20/03/1990 Edad: 35 años

Dirección: Carrera 16 # 13-67 Teléfono: 3108350224

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: Marcelo Apellidos: Arias Romero

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1.076.520.135

Lugar de nacimiento: Neiva - Huila Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 25/04/2019 Edad: 11 m

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X

¿Cuál entidad de salud? Nueva EPS Cuál N/A

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual N/A

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: Carrera 16 # 13-67 Teléfono: 3108350224

Barrio ó vereda: los Martires Coordenadas: X Y

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Numero				
Ana Marcela Romero Reyes	C.C	1.075.224.156	35	Bachiller	Indep.	Madre
Jose Ricardo Arias Rojas	C.C	7.774.199	45	Bachiller	Indep.	Padre

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASOAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO. SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [ ] Apartamento [X] Otro [ ] Cuál [N/A]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro [N/A]

Estrato: [1] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [4 años] Asentamiento informal: SI [ ] No [X]

Acceso a servicios públicos (indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? SI [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2 X	3	N/A

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? SI [ ] No [X] Cuál [N/A]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
José Ricardo Arias Rojas	Tendero	Tienda	Padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1 Salario minimo
Informalidad	NO
Arriendos	NO
Remesas del exterior	NO
Honorarios	NO
Pensión	NO
Negocios / Comercio	NO
Cultivos	NO
Otros	NO
TOTAL INGRESOS	NO

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	SI	X	No	[ ]	Tiempo	[ ]
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	SI	[ ]	No	X	Tiempo	[ ]
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	SI	[ ]	No	X	Tiempo	[ ]
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	SI	[ ]	No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	SI	[ ]	No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	SI	[ ]	No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

DIEGO CASTRO
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Ana Marcela R.
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

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

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita:	18/03/2025	**Hora de inicio:**	3:00pm	**Hora de finalización:**	4:00pm
Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita:	PILAR CLAROS OROZCO				
No. Identificación:	1075287276	**Cargo:**	APOYO PSICOSOCIAL	**Profesión:**	PSICOLOGA
Regional:	HUILA	**Municipio:**	NEIVA	**EAS:**✓	**C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres:	YESI FERNANDA	**Apellidos:**	VARGAS SAMBONY
Tipo de documento:	CC	**No. de documento:**	1077226800
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:**		**Edad:**	18
Dirección:	CARRERA 52 LOTE 89 SAN BERNARDO	**Teléfono:**	3133480667
Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio:	MADRE		

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres:	LIAM STEVAN	**Apellidos:**	VARGAS SAMBONY		
Tipo de documento:	RC	**No. de documento:**	1075329280		
Lugar de nacimiento:	NEIVA - HUILA	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:**	15/09/2024	**Edad:**	5 MESES
Sexo: **Hombre**	**Mujer** X	**Intersex**	**Nacionalidad:**	COLOMBIANO	
¿Afiliado(a) a salud?	**Si** X **No**	**¿Pertenece a algún grupo étnico?**	**Si** **No** X		
¿Cuál entidad de salud?	**FAMISANAR SUB**	**Cuál**	NO APLICA		
¿Presenta alguna discapacidad?	**Si** **No** X	**Cual**	NO APLICA		

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:**	**Rural**	**Urbana** X	**Tipo de municipio:**	CABECERA	
Dirección:	CARRERA 52 LOTE 89 SAN BERNARDO	**Teléfono:**	3133480667		
Barrio ó vereda:	CARRERA 52 LOTE 89 SAN BERNARDO	**Coordenadas:**	X:	Y:	

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
ERACLIO PERDOMO			53	PRIMARIA	JARDINERO	ABUELO
NINI YESENIA SAMBONI			43	PRIMARIA	OFICIOS VARIOS	ABUELA
JULIAN GASCA			23	PRIMARIA	DESEMPLEO	TIO
YESI FERNANDA SAMBONY			18	PRIMARIA	AMA DE CASA	MADRE
SHIRLEY ALEJANDRA VARGAS S			15	PRIMARIA	ESTUDIA	TIO
JUSTIN DAVID VARGAS SAMBONI			10	PRIMARIA	ESTUDIA	TIO

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA NUCLEAR EXTENSA (CONVIVE CON ABUELOS MATERNOS, TIOS, Y MADRE DE FAMILIA) SE EVIDENCIA AUSENCIA DEL ROL PATERNO, LIMITADAS REDES DE APOYO FAMILIAS Y SOCIAL, LA VIVIENDA ESTA UBICADA BAJO COLINA, NO CUENTA CON LAS CONDICIONES NECESARIAS DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD, CUENTA CON 1 SALON ADOPTADO COMO DORMITORIO DONDE HABITAN MAS DE 8 PERSONAS, LA VIVIENDA ES CONSTRUIDA EN TABLAS DE BAHAREQUE, PISO DE TIERRA, CUENTA CON EL SERVICIO DE LUZ, ACUEDUCTO, COCINAN CON GAS PIPETA Y NO CUENTA CON ALCANTARILLADO. SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL ABUELO MATERNO CON TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL, COMO JARDINERO.

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	1 AÑO	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**		**No**	X

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**			

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA NO CUENTA CON LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. CUENTA CON SERVICIO DE LUZ Y AGUA. RESIDEN 8 PERSONAS EN LA VIVIENDA, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, NO SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUENTA CON ADECUADAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD. VIVIENDA UBICADA BAJO COLINA

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI X NO

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
ABUELO MATERNO	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	ABUELO MATERNO

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	250.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	250.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO JARDINERO.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE YA HACE APROXIMADAMENTE REALIZO LAS GESTIONES PARA LA VINCULACION A SISBEN. SE EVIDENCIA COMPROMISO CORRESPONSAL DE LOS PADRES EN LA VINCULACION RESPECTIVA DE SEGURIDAD EPS, CUENTA CON VACUNAS Y CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ACTUALIZADO. LA VIVIENDA DURANTE LA VISITA SE ENCONTRO DESORGANIZADA, SE ENFATIZA EN MANTENER BUENAS PRACTICAS QUE FAVOREZCAN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL NIÑO Y EL GRUPO FAMILIAR.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Yesi Fernanda Vargas

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR


SHOX

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita:	12/03/2025	**Hora de inicio:**	8:00AM	**Hora de finalización:**	
Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita:	PILAR CLAROS OROZCO				
No. Identificación:	1075287276	**Cargo:**	APOYO PSICOSOCIAL	**Profesión:**	PSICOLOGA
Regional:	HUILA	**Municipio:**	NEIVA	**EAS:✓**	**C. Zonal:✓** **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres:	LAURA MICHELL	**Apellidos:**	TOVAR GONZALEZ
Tipo de documento:	CC	**No. de documento:**	1075209983
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:**		**Edad:**	28
Dirección:	CRA 51 BIS #29-34 ORO NEGRO	**Teléfono:**	3215087649
Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio:	MADRE		

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres:	MIA ANTONELLA	**Apellidos:**	CASTRO GUILLEN
Tipo de documento:	RC	**No. de documento:**	1075329202
Lugar de nacimiento:	NEIVA - HUILA	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:**	19/08/2024 **Edad:** 7 MESES

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** **NUEVA EPS**

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección:	CALLE 28 B # 43 A 01 ALTOS DE ORIENTE	**Teléfono:**	3114865751
Barrio ó vereda:	CALLE 28 B # 43 A 01 ALTOS DE ORIENTE	**Coordenadas:**	X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
LAURA MICHELL TOVAR GONZALES	CC	1075209983	28	PRIMARIA	OFICIOS VARIOS	MADRE
MARIA LORENAG	CC	1075227888	56	PRIMARIA	AMA DE CASA	ABUELA

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR CONVIVE CON PADRES, Y HERMANOS NO SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, COMO CUIDADOR DE CASA LOTE. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO, COCINAN CON GAS NATURAL. LA TENENCIA DE LA CASA ES POSADA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	1 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
		X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI	X	NO	

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
PADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	750.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	750.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CUIDADOR DE CASA LOTE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, RESIDEN EN LA CASA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO.

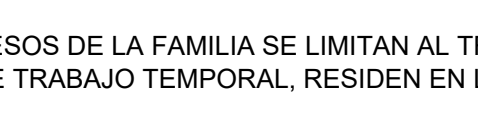
VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	X	**No**		**Tiempo**		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	X	**Tiempo**		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	X	**Tiempo**		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	X			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	X			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	X			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS



PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 19/03/2025 **Hora de inicio:** 3:00pm **Hora de finalización:** 4:00pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: MARIA LORENA **Apellidos:** GUILLEN

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 30967949

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 22

Dirección: CALLE 18 C # 54- A- 11 SAN MIGUEL ARCANGEL **Teléfono:** 3115301946

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres: VICTOR SANTIAGO **Apellidos:** CASTRO GUILLEN

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1029894152

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 19/01/2025 **Edad:** 2 MESES

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANO

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** NUEVA EPS **¿Pertenece a algún grupo étnico?** **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: CALLE 18 C # 54- A- 11 SAN MIGUEL ARCANGEL **Teléfono:** 3115301946

Barrio ó vereda: SAN MIGUEL ARCANGEL **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
MARIA LORENA GUILLEN VEGA	CC	30967949	22	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MADRE
VICTOR HUGO CASTRO	CC	1079605300	34	TECNOLOGO	OFICIOS VARIOS	PADRE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR CONVIVE CON PADRES, NO SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA ADECUADOS HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, COMO OPERADOR LOGISTICO. LA VIVIENDA CUENTA CON LO IMPRESCINDIBLE, CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS, EL PISO ES DE BALDOSA, LA TENENCIA DE LA CASA ES EN ARRIENDO.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	6 MESES	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**		**No**	X

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA CUENTA CON LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. RESIDEN 3 PERSONAS EN LA VIVIENDA, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, CUENTA CON ADECUADAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI X NO

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
PADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	750.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	750.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO OPERADOR LOGISTICO CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, RESIDEN EN LA CASA HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE YA HACE APROXIMADAMENTE REALIZO LAS GESTIONES EN EL RESGUARDO INDIGENA PARA SU VINCULACION AL GRUPO ETNICO (RESGUARDO INDIGENA PIJAO EL VERGEL) PERO A LA FECHA NO HAN DADO RESPUESTA A SU SOLICITUD. SE EVIDENCIA COMPROMISO CORRESPONSAL DE LOS PADRES EN LA VINCULACION RESPECTIVA DE SEGURIDAD EPS, CUENTA CON VACUNAS Y CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ACTUALIZADO. LA VIVIENDA DURANTE LA VISITA SE ENCONTRO ORGANIZADA.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Maria Lorena Vera

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR







BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 19/03/2025 **Hora de inicio:** 3:00pm **Hora de finalización:** 4:00pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: YENNY FERNANDA **Apellidos:** CACHAYA

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1003809704

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 23

Dirección: CARRERA 61 19- 45 LA VICTORIA **Teléfono:** 3160549266

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres: BRITNEY LUCIANA **Apellidos:** BOLAÑOS CACHAYA

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1029894016

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 22/11/2024 **Edad:** 4 MESES

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANO

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** NUEVA EPS **¿Pertenece a algún grupo étnico?** **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: CARRERA 61 19- 45 LA VICTORIA **Teléfono:** 3160549266

Barrio ó vereda: CARRERA 61 19- 45 LA VICTORIA **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
JONATHAN BOLAÑOS	CC	1076024714	35	SECUNDARIA	OFICIOS VARIOS	PADRE
YENNY FERNANDA CACHAYA	CC	1003809704	23	SECUNDARIA	OFICIOS VARIOS	MADRE
VALERIE FERNANDA BOLAÑOS	RC	1076924789	4	JARDIN		HERMANA

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR CONVIVE CON PADRES Y HERMANA , NO SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA ADECUADOS HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, COMO OPERADOR LOGISTICO. LA VIVIENDA CUENTA CON LO IMPRESCINDIBLE, CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS, EL PISO ES DE BALDOSA, LA TENENCIA DE LA CASA ES EN ARRIENDO.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X)**:**	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	1 AÑO	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**		**No**	X

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**			

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA CUENTA CON LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. RESIDEN 3 PERSONAS EN LA VIVIENDA, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, CUENTA CON ADECUADAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI X NO

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
PADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	750.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	750.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO OPERADOR LOGISTICO CONSTRUCCION CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, RESIDEN EN LA CASA HACE APROXIMADAMENTE 1MESES

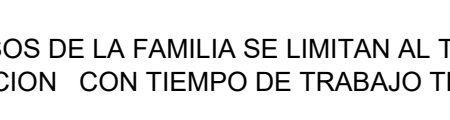
VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			

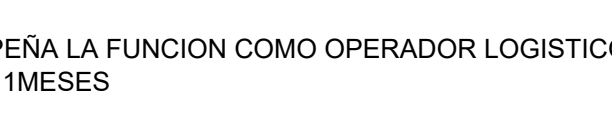
IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE YA HACE APROXIMADAMENTE REALIZO LAS GESTIONES PARA LA VINCULACION A SISBEN. SE EVIDENCIA COMPROMISO CORRESPONSAL DE LOS PADRES EN LA VINCULACION RESPECTIVA DE SEGURIDAD EPS, CUENTA CON VACUNAS Y CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ACTUALIZADO. LA VIVIENDA DURANTE LA VISITA SE ENCONTRO ORGANIZADA.

X. FIRMAS



PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA



MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 26/03/2025 **Hora de inicio:** 9:00AM **Hora de finalización:**

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: LEIDY SENAIDA **Apellidos:** IBARRA FLOREZ

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1075235008

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 28

Dirección: CARRERA 51 A # 29 A 21 ORO NEGRO **Teléfono:** 3124092847

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres: DANITZA **Apellidos:** COLLAZOS IBARRA

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1029893337

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 25/01/2024 **Edad:** 1 AÑO

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** SANITAS

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: CARRERA 51 A # 29 A 21 **Teléfono:** 3124092847

Barrio ó vereda: ORO NEGRO **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
LEIDY SENAIDA IBARRA	CC	1075235008	28	PRIMARIA	OFICIOS VARIOS	MADRE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA MONOPARENTAL,NO SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, COMO CUIDADOR DE CASA LOTE. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO, COCINAN CON GAS NATURAL. LA TENENCIA DE LA CASA ES POSADA.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X)**:**	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**		
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**		**Familiar**	X	**Otro**		
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	1 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**			

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	**Acueducto y alcantarillado**	**Energía**	**Manejo de basuras**	**Gas domiciliario**
		X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	**Número de habitaciones:**	**No. residentes bajo el mismo techo:**	**Describa otros espacios:**
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
MADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	MADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	200.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	200.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DE LA MADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO OFICIOS VARIOS CON TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL, RESIDEN EN LA CASA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MADRE PARTICIPANTE DE LA MODALIDAD INDICA QUE ESTAN A LA ESPERA DE VISITA DOMICILIARIA POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL SISBEN, PARA RESPECTIVO SENSO. SE ENFATIZA EN HACER GESTION OPORTUNO ANTE ESTOS CASOS, YA QUE ES INDISPENSABLE SU VINCULACION, SE ORIENTA EN LA CORRESPONSABILIDAD ANTE ESTOS CASOS.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita:	26/03/2025	**Hora de inicio:**	8:00AM	**Hora de finalización:**	
Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita:	PILAR CLAROS OROZCO				
No. Identificación:	1075287276	**Cargo:**	APOYO PSICOSOCIAL	**Profesión:**	PSICOLOGA
Regional:	HUILA	**Municipio:**	NEIVA	**EAS:✓**	**C. Zonal:✓** **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres:	VANESSA ALEXANDRA	**Apellidos:**	ORTIZ LARA
Tipo de documento:	CC	**No. de documento:**	1001093460
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:**		**Edad:**	28
Dirección:	CARRERA 41 CS 11 ALTOS DE ORIENTE	**Teléfono:**	3222679185
Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio:	MADRE		

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:**	**Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias**	X	**Mujer gestante**		
Nombres:	YEICOB ESTEBAN	**Apellidos:**	REYES ORTIZ		
Tipo de documento:	RC	**No. de documento:**	1075328871		
Lugar de nacimiento:	NEIVA - HUILA	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:**	30/03/2024	**Edad:**	1 AÑO
Sexo: **Hombre**		**Mujer** X	**Intersex**	**Nacionalidad:**	COLOMBIANA
¿Afiliado(a) a salud?	**Si** X **No**	**¿Cuál entidad de salud?** **NUEVA EPS**	**¿Pertenece a algún grupo étnico?**	**Si** **No** X	**Cuál** NO APLICA
¿Presenta alguna discapacidad?	**Si**	**No** X	**Cual** NO APLICA		

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:**	**Rural**	**Urbana** X	**Tipo de municipio:**	CABECERA
Dirección:	CALLE 28 B # 43 A 01 ALTOS DE ORIENTE	**Teléfono:**	3114865751	
Barrio ó vereda:	CALLE 28 B # 43 A 01 ALTOS DE ORIENTE	**Coordenadas:**	X:	Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
VANESSA ALEXANDRA O	CC	1001093460	28	PRIMARIA	OFICIOS VARIOS	MADRE
MARIA LORENAG	CC	1075227888	56	PRIMARIA	AMA DE CASA	ABUELA

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR CONVIVE CON PADRES, Y HERMANOS NO SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, COMO CUIDADOR DE CASA LOTE. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO, COCINAN CON GAS NATURAL. LA TENENCIA DE LA CASA ES POSADA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	1 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
		X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI	X	NO	

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
PADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	750.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	750.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CUIDADOR DE CASA LOTE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, RESIDEN EN LA CASA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO.

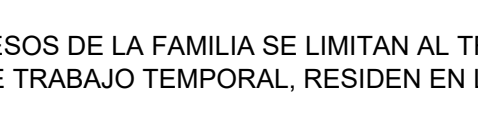
VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	X	**No**		**Tiempo**		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	X	**Tiempo**		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	X	**Tiempo**		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	X			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	X			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	X			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS



PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 12/03/2025 **Hora de inicio:** 1:00PM **Hora de finalización:** 2:00PM

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: YULY ANDREA **Apellidos:** PERDOMO YUSUNGUAIRA

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1075227888

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 20

Dirección: CALLE 28 B # 43 A 01 ALTOS DE ORIENTE **Teléfono:** 3114865751

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres: LAHIAN JOSUE **Apellidos:** ORDOÑEZ PERDOMO

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1029894197

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 09/02/2025 **Edad:** 1 MES

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** **NUEVA EPS**

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: CALLE 28 B # 43 A 01 ALTOS DE ORIENTE **Teléfono:** 3114865751

Barrio ó vereda: CALLE 28 B # 43 A 01 ALTOS DE ORIENTE **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
OLIVERIO ORDOÑEZ	CC	1082803834	31	PRIMARIA	OFICIOS VARIOS	PADRE
YULI ANDREA PERDOMO YUSUNGUAIRA	CC	1075227888	36	BACHILLER	AMA DE CASA	MADRE
DAHAMAR SOFIA QUINTERO	CC		18	BACHILLER	OFICIOS VARIOS	HERMANA
KAJLETH DAHAMIAN ORDOÑEZ	RC	1077254544	3	JARDIN		HERMANO

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR CONVIVE CON PADRES, Y HERMANOS NO SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, COMO CUIDADOR DE CASA LOTE. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO, COCINAN CON GAS NATURAL. LA TENENCIA DE LA CASA ES POSADA.

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	1 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
		X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI	X	NO	

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
PADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	750.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	750.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CUIDADOR DE CASA LOTE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, RESIDEN EN LA CASA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Yuly Andrea Pantoja

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita:	19/03/2025	**Hora de inicio:**	2:00pm	**Hora de finalización:**	3:00pm
Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita:	PILAR CLAROS OROZCO				
No. Identificación:	1075287276	**Cargo:**	APOYO PSICOSOCIAL	**Profesión:**	PSICOLOGA
Regional:	HUILA	**Municipio:**	NEIVA	**EAS:✓**	**C. Zonal:✓** **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres:	JENIFFER GERALDIN	**Apellidos:**	HERNANDEZ BAHAMON
Tipo de documento:	CC	**No. de documento:**	1075220262
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:**	11/12/2000	**Edad:**	24
Dirección:	CLL 20 52 - 77	**Teléfono:**	3229382488
Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio:	MADRE		

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres:	BRIAM ALEXANDER	**Apellidos:**	HERNANDEZ BAHAMON
Tipo de documento:	RC	**No. de documento:**	1237138491
Lugar de nacimiento:	NEIVA - HUILA	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:**	03/09/2024 **Edad:** 6 MESES

Sexo: **Hombre** X **Mujer** **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** **NUEVA EPS**

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección:	CLL 20 52 - 77	**Teléfono:**	3229382488
Barrio ó vereda:	PALMAS	**Coordenadas:**	X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
JENIFFER GERALDIN HERNANDEZ	CC	1075220262	24	BACHILLER	OFICIO VARIOS	MADRE
DIANA LORENA PLAZAS VERA	CC	1075291264	26	BACHILLER	OFICIO VARIOS	MADRE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE, LA MADRE Y SU PAREJA SENTIMENTAL CON TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO NI GAS NATURAL, COCINAN CON PIPETA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	6 MESES	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**		**No**	X

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO- SALA

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**	**Cuál**

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 4 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI X NO

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
CONYUGUE	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	CONYUGUE

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	300.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	300.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA Y SU PAREJA SENTIMENTAL, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CONSTRUCTOR Y OFICIOS VARIOS EN TIEMPO EVENTUAL.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

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



BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita:	19/03/2025	**Hora de inicio:**	4:00pm	**Hora de finalización:**	5:00pm
Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita:	PILAR CLAROS OROZCO				
No. Identificación:	1075287276	**Cargo:**	APOYO PSICOSOCIAL	**Profesión:**	PSICOLOGA
Regional:	HUILA	**Municipio:**	NEIVA	**EAS:✓**	**C. Zonal:✓** **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres:	BREEGETH SOFIA	**Apellidos:**	MORA
Tipo de documento:	TI	**No. de documento:**	1077228653
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:**	01/10/2007	**Edad:**	17
Dirección:	CLL 21 D 6377 PALMAS2	**Teléfono:**	3228424605
Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio:	MADRE		

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres:	HALANNA SOFIA	**Apellidos:**	PERDOMO MORA
Tipo de documento:	RC	**No. de documento:**	1076928625
Lugar de nacimiento:	NEIVA - HUILA	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:**	24/10/2024 **Edad:** 5

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** **NUEVA EPS**

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección:	CLL 21 D 6377 PALMAS2	**Teléfono:**	3228424605
Barrio ó vereda:	PALMAS II	**Coordenadas:**	X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
GLORIA INES CAVICHE M	CC	55179083	48	PRIMARIA	MODISTERIA	ABUELA
RICARDO MORA ORTIZ	CC	7700822	49	PRIMARIA	OFICIOS VARIOS	ABUELO
BREEGETH SOFIA	TI	1077228653	17	SECUNDARIA	ESTUDIA	MADRE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE, LA MADRE Y SU PAREJA SENTIMENTAL CON TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO NI GAS NATURAL, COCINAN CON PIPETA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X)**:** **Casa** X **Apartamento** **Otro** **Cuál**

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): **Propia** **Arrendada** **Familiar** X **Otro**

Estrato: 1 **¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?** 17 AÑOS **Asentamiento informal:** **Si** **No**

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? **Si** **No** X

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO- SALA

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? **Si** X **No** **Cuál**

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 4 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI X NO

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
ABUELO	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	ABUELO

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	300.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	300.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA Y SU PAREJA SENTIMENTAL, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CONSTRUCTOR Y OFICIOS VARIOS EN TIEMPO EVENTUAL.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Sofia Morch

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

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

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

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



	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 19/03/2025 **Hora de inicio:** 3:00pm **Hora de finalización:** 4:00pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: ADRIANA OLIVEROS TRUJILLO **Apellidos:** TRUJILLO

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1075247191

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 34

Dirección: CLL 19 60 04 LA VICTORIA **Teléfono:** 3214586867

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres: LAURA SOFIA **Apellidos:** PERDOMO OLIVEROS

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1076520425

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 24/02/2025 **Edad:** 26 DIAS

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** **FAMISANAR**

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: CLL 19 60 04 LA VICTORIA **Teléfono:** 3214586867

Barrio ó vereda: LA VICTORIA **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
ALVARO JAVIER PERDOMO	CC	1075230341	35	PRIMARIA	OFICIO VARIOS	PADRE
ADRIANA OLIVEROS TRUJILLO	CC	1075247191	34	TECNOLOGO	DEFENSA CIVIL	MADRE
JOHAN STIVEN CARDOZO	TI		12	ESTUDIA	PRIMARIA	HERMANO
JHON FREDY OLIVEROS TRUJILLO	TI	1077239917	12	ESTUDIA	SECUNDA	HERMANO
ALEJANDRO PERDOMO OLIVEROS	RC	1076927735	2			HERMANO

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE, LA MADRE Y SU PAREJA SENTIMENTAL CON TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO NI GAS NATURAL, COCINAN CON PIPETA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	2 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
		X	X	

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	6	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI	X	NO	

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
CONYUGUE	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	CONYUGUE

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	300.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	300.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA Y SU PAREJA SENTIMENTAL, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CONSTRUCTOR Y OFICIOS VARIOS EN TIEMPO EVENTUAL.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Adriana Oliveros

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 26/03/2025 **Hora de inicio:** 3:00pm **Hora de finalización:** 4:00pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: MARYI LARITZA **Apellidos:** LLANOS DOMINGUEZ

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1075212330

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** 04/06/2004 **Edad:** 20

Dirección: CRA 56 26 32 **Teléfono:** 3102691026

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: GESTANTE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** [ ] **Mujer gestante** [X]

Nombres: MARYI LARITZA **Apellidos:** LLANOS DOMINGUEZ

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1075212330

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 04/06/2004 **Edad:** 20

Sexo: **Hombre** [ ] **Mujer** [X] **Intersex** [ ] **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** [X] **No** [ ] **¿Cuál entidad de salud?** **SALUD TOTAL**

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** [ ] **No** [X] **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** [ ] **No** [X] **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** [ ] **Urbana** [X] **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: CRA 56 26 32 **Teléfono:** 3102691026

Barrio ó vereda: SECTOR BARREIRO **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
MARIA NEL DOMINGUEZ	CC	40660382	40	PRIMARIA	MODISTERIA	MADRE
FERLEY HEREDIA	0	0	37	PRIMARIA	CONSTRUCCION	PADRE
MAYRA LISNEY LLANOS DOMINGUEZ	0	0	22	PRIMARIA	MODISTERIA	HERMANA
LUCY HEREDIA DOMINGUEZ	0	0	16	SECUNDARIA	ESTUDIA	HERMANA
JAIME FERLEY HEREDIA DOMINGUEZ	0	0	13	SECUNDARIA	ESTUDIA	HERMANO
KEINER SERRATO	0	0	19	SECUNDARIA	OFICIOS VARIOS	CONYUGUE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE, LA MADRE Y SU PAREJA SENTIMENTAL CON TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO NI GAS NATURAL, COCINAN CON PIPETA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**		
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**		**Familiar**	X	**Otro**		
Estrato:	1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	11 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	X	

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	3	6	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI X NO

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
PADRE	CONSTRUCTOR	OFICIOS VARIOS	PADRE
CONYUGUE	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	CONYUGUE

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	300.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	300.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA Y SU PAREJA SENTIMENTAL, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CONSTRUCTOR Y OFICIOS VARIOS EN TIEMPO EVENTUAL.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MUJER GESTANTE REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Maryi Larissa Llanos

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 22/03/2025 **Hora de inicio:** 3:00pm **Hora de finalización:** 4:00pm

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: LEIDY LORENA **Apellidos:** ZUÑIGA P

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1118470521

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 27

Dirección: CALLE 82-5-27- EDUARDO SANTOS **Teléfono:** 3209448493

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres: EMMA ISABELLA **Apellidos:** GUEVARA ZUÑIGA

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1029894210

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 24/02/2025 **Edad:** 26 DIAS

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Pertenece a algún grupo étnico?** **Si** **No** X

¿Cuál entidad de salud? **ASMET SALUD** **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: CALLE 82-5-27- EDUARDO SANTOS **Teléfono:** 3209448493

Barrio ó vereda: EDUARDO SANTOS **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
YOJAN ESMID GUEVARA TRUJILLO	CC	1075243106	21	PRIMARIA	OFICIO VARIOS	PADRE
SANDRA PATRICIA TRUJILLO	CC	1075211989	23	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MADRE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE, LA MADRE Y SU PAREJA SENTIMENTAL CON TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO NI GAS NATURAL, COCINAN CON PIPETA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X)**:** **Casa** X **Apartamento** **Otro** **Cuál**

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): **Propia** **Arrendada** X **Familiar** **Otro**

Estrato: 1 **¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?** 2 AÑOS **Asentamiento informal:** **Si** **No**

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	X	X	

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? **Si** X **No**

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2	6	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? **Si** X **No** **Cuál**

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI X NO

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
PADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	300.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	300.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA Y SU PAREJA SENTIMENTAL, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CONSTRUCTOR Y OFICIOS VARIOS EN TIEMPO EVENTUAL.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Leidy Lorena Zuñiga

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita:	19/03/2025	**Hora de inicio:**	3:00pm	**Hora de finalización:**	4:00pm
Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita:	PILAR CLAROS OROZCO				
No. Identificación:	1075287276	**Cargo:**	APOYO PSICOSOCIAL	**Profesión:**	PSICOLOGA
Regional:	HUILA	**Municipio:**	NEIVA	**EAS:✓**	**C. Zonal:✓** **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres:	ERIKA YULIANA	**Apellidos:**	CARVAJAL
Tipo de documento:	CC	**No. de documento:**	1115941774
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:**		**Edad:**	20
Dirección:	VIA FORTALECILLA TRES CASAS CREMATORIO SAN JOSE	**Teléfono:**	3144223191
Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio:	MADRE		

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres:	HELEN LUCIA	**Apellidos:**	VIQUE CARVAJAL
Tipo de documento:	RC	**No. de documento:**	1075328690
Lugar de nacimiento:	NEIVA - HUILA	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:**	02/06/2024 **Edad:** 1 AÑO

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** **NUEVA EPS**

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección:	VIA FORTALECILLA TRES CASAS CREMATORIO SAN JOSE	**Teléfono:**	3144223191
Barrio ó vereda:	VIA FORTALECILLA TRES CASAS CREMATORIO SAN JOSE	**Coordenadas:**	X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
ANGEL MIGUEL VIQUE	CC	1082803834	38	PRIMARIA	OFICIOS VARIOS	PADRE
ERIKA YULIANA CARVAJAL POLO	CC	1115941774	20	BACHILLER	AMA DE CASA	MADRE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA FAMILIAR CONVIVE CON PADRES, NO SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DEL PADRE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, COMO CUIDADOR DE CASA LOTE. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO, COCINAN CON GAS NATURAL. LA TENENCIA DE LA CASA ES POSADA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	1 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
		X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI	X	NO	

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
PADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	750.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	750.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO CUIDADOR DE CASA LOTE CON TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL, RESIDEN EN LA CASA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	X	**No**		**Tiempo**		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	X	**Tiempo**		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	X	**Tiempo**		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	X			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	X			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	X			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

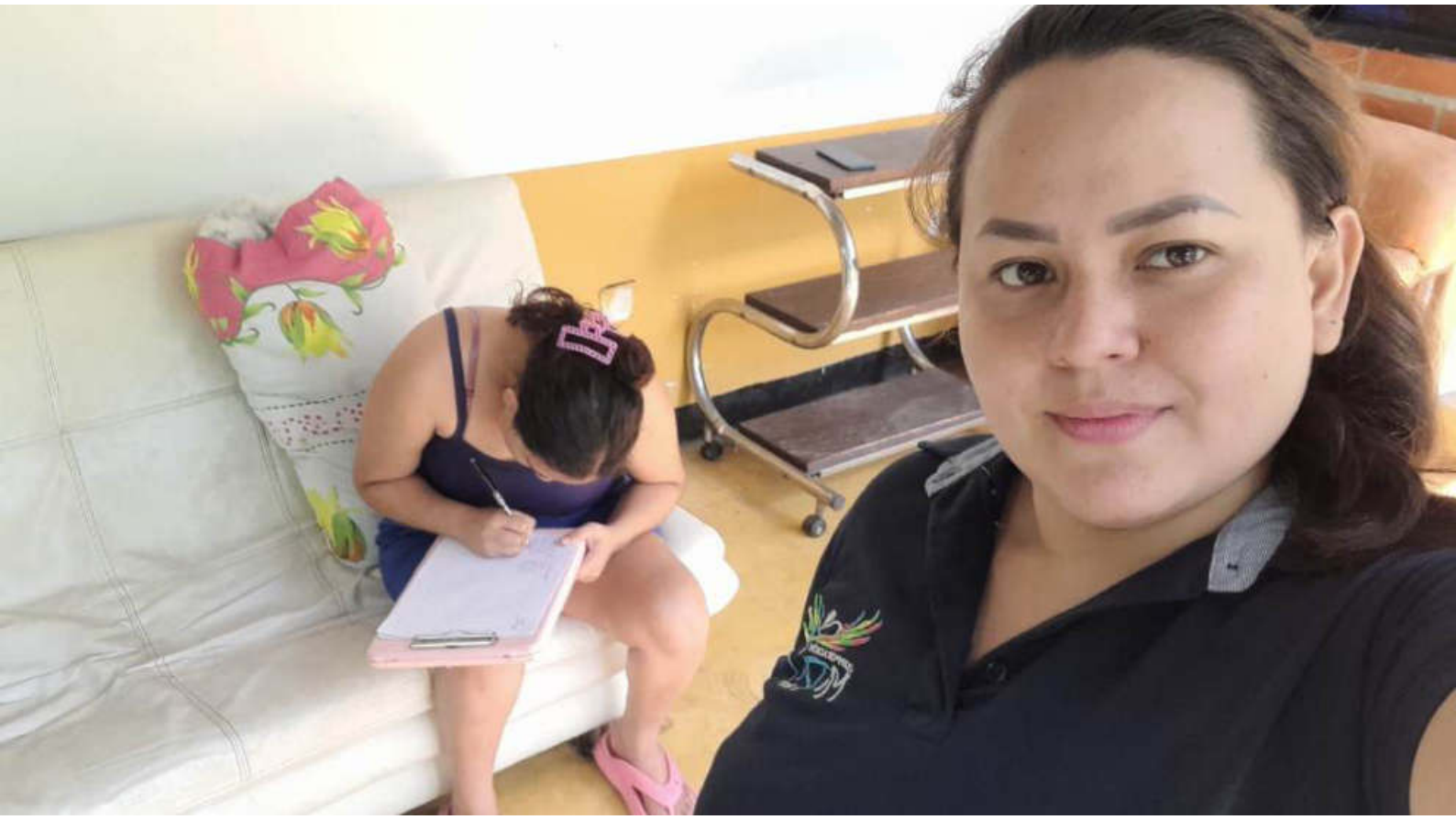
LA MUJER LACTANTE REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SALUD. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 22/03/2025 **Hora de inicio:** 8:00am **Hora de finalización:** 9:00am

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: FERNANDA CATALINA **Apellidos:** LIZ ROA

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1004147883

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 27

Dirección: MZA-2LOTE-37 ASENT DOLCEY ANDRADE **Teléfono:** 3187541947

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres: LAURA VALENTINA **Apellidos:** LIZ ROA

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1250698997

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 21/12/2024 **Edad:** 3 MESES

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** **SANITAS**

¿Pertenece a algún grupo étnico? **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: MZA-2LOTE-37 ASENT DOLCEY ANDRADE **Teléfono:** 3187541947

Barrio ó vereda: MZA-2LOTE-37 ASENT DOLCEY ANDRADE **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
CATALINA FERNANDA LIZ ROA	CC	1004147883	27	PRIMARIA	OFICIO VARIOS	MADRE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA MONOPARENTAL, EVIDENCIANDO AUSENCIA DEL ROL PATERNO, SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DE LA ABUELA MATERNA EN TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL EN LABORES DE OFICIO VARIOS. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO NI GAS NATURAL, COCINAN CON PIPETA, SU VIVIENDA ESTA EQUIPADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SE IDENTIFICA LIMITADAS REDES DE APOYO, A NIVEL FAMILIAR, SOCIAL, COMUNITARIO.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	2 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
		X	X	

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	6	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI	X	NO	

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
MADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	MADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	300.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	300.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DE LA MADRE DE FAMILIA Y ABUELA MATERNA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO OFICIOS VARIOS EN TIEMPO EVENTUAL.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SISBEN. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO. SE HACE EL LLAMADO EN EL EJERCICIO CORRESPONSAL.

X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Fernanda Liz Roa

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN**	**F3.G22.PP**	**14/12/2022**
		Versión 1	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Minimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 11/03/2025 **Hora de inicio:** 8:00am **Hora de finalización:** 9:00am

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: PILAR CLAROS OROZCO

No. Identificación: 1075287276 **Cargo:** APOYO PSICOSOCIAL **Profesión:** PSICOLOGA

Regional: HUILA **Municipio:** NEIVA **EAS:**✓ **C. Zonal:**✓ **CZ NEIVA**

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: NICOL DANIELA **Apellidos:** LIZCANO

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1075793056

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 17

Dirección: LOTE 488 ASENTAMIENTO VILLACOLOMBIA **Teléfono:** 3103015622

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X)**:** **Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias** X **Mujer gestante**

Nombres: EMILIANO **Apellidos:** TOVAR LIZCANO

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1076520035

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 15/03/2024 **Edad:** 1

Sexo: **Hombre** **Mujer** X **Intersex** **Nacionalidad:** COLOMBIANA

¿Afiliado(a) a salud? **Si** X **No** **¿Cuál entidad de salud?** **SANITAS** **¿Pertenece a algún grupo étnico?** **Si** **No** X **Cuál** NO APLICA

¿Presenta alguna discapacidad? **Si** **No** X **Cual** NO APLICA

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

SE EVIDENCIA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, SE ENFATIZA EN PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO YA QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X)**:** **Rural** **Urbana** X **Tipo de municipio:** CABECERA

Dirección: LOTE 488 ASENTAMIENTO VILLACOLOMBIA **Teléfono:** 3103015622

Barrio ó vereda: LOTE 488 ASENTAMIENTO VILLACOLOMBIA **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
DANIELA NICOL LIZCANO	TI.	1075793056	17	PRIMARIA	OFICIO VARIOS	MADRE
DIEGO ALEJANDRO TOVAR P	CC	1003894307	23	PRIMARIA	OFICIO VARIOS	PADRE

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

FAMILIA NUCLEAR SE EVIDENCIA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SE OBSERVA POCO HABITOS DE HIGIENE Y AUTOCUIDADO, LIMITADAS REDES DE APOYO, SUS RECURSOS SOCIOECONOMICOS NO SUPERAN EL SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE SE LIMITAN A LOS RECURSOS DE LA ABUELA MATERNA EN TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL EN LABORES DE OFICIO VARIOS. NO CUENTA CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO NI GAS NATURAL, COCINAN CON PIPETA, SU VIVIENDA ESTA EQUIPADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SE IDENTIFICA LIMITADAS REDES DE APOYO, A NIVEL FAMILIAR, SOCIAL, COMUNITARIO.

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**	X	**Apartamento**		**Otro**		**Cuál**	
Tenencia de la vivienda (Marque con una X):	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**	
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	2 AÑOS	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
		X	X	

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	**Si**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	6	COCINA-BAÑOS-PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	**Si**	X	**No**		**Cuál**	

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA A MEDIO HACER Y NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. NO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. CUENTA CON UN SALON DONDE LO HAN ADOPTADO COMO DORMITORIO, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 7 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE CON CIERTAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI	X	NO	

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
MADRE DE FAMILIA	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	MADRE DE FAMILIA

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	300.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	300.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DE LA MADRE DE FAMILIA Y ABUELA MATERNA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO OFICIOS VARIOS EN TIEMPO EVENTUAL.

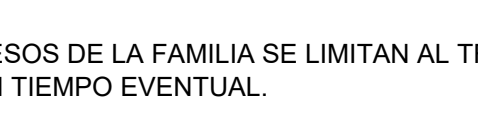
VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	**X**	**No**		**Tiempo**		
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	**X**	**Tiempo**		
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	**X**			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**		**No**	**X**			

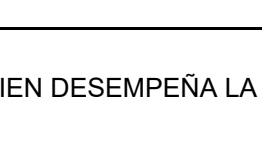
IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SE COMPROMETE A GESTIONAR LA RESPECTIVA VINCULACION A SISBEN. SIN EMBARGO ATRAVES DE LAS ARTICULACIONES INTERISTITUCIONALES EL EQUIPO PSICOSOCIAL HA GESTIONADO CON EL PERSONAL ENCARGADO DE SISBEN PARA QUE SU CASO SEA PRIORIZADO. SE HACE EL LLAMADO EN EL EJERCICIO CORRESPONSAL.

X. FIRMAS



PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA



MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 27/03/2025 Hora de inicio: 9:00 Hora de finalización: 10:00

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Brigitte Bravo Golindo

No. Identificación: 1080296941 Cargo: Apoyo psicosocial Profesión: psicologa

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Harold Orley Apellidos: Liscano Lotono

Tipo de documento: Cedula Ciudadania No. de documento: 1192320289

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 19/11/1983 Edad: 41

Dirección: Calle 50 #25-69 - Cipreses Teléfono: 3152352609

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Papá

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: Samuel David Apellidos: Liscano Nieto

Tipo de documento: Registro Civil No. de documento: 1077123737?

Lugar de nacimiento: Neiva Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 29/08/2024 Edad: 8 M

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: Colombiana

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Cuál entidad de salud?

¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: Calle 50 # 25-69 Teléfono: 3152352609

Barrio ó vereda: Los Cipreses Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Harold Orley Liscano	CC	1192320289	41	Bach.	Of	Papá
Liced Ocampo	CC	1075117156	19	Bach	Of	Mama

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA, RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [X] Apartamento [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro [ ]

Estrato: [ ] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [6 meses] Asentamiento informal: Si [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X			

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
2	3	

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [ ] No [ ] Cuál [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Harold Oslay Icirano	Independiente	Independiente	papa

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	$1200000
Informalidad	Si
Arriendos	No
Remesas del exterior	No
Honorarios	Si
Pensión	No
Negocios / Comercio	Si
Cultivos	No
Otros	No
TOTAL INGRESOS	$1'200.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	X	No		Tiempo	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si		No	X	Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si		No	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si		No	X		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si		No	X		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permiten determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 26/03/2025 Hora de inicio: 8:00 Hora de finalización: 9:00

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Brigitte Bravo Galindez

No. Identificación: 1030296944 Cargo: Apoyo psicosocial Profesión: Psicologa

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Yuli Tatiana Apellidos: Gonzalez

Tipo de documento: CC 1030236 No. de documento: Cedula

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 16/07/1999 Edad: 26

Dirección: Calle 72 #24-48 Teléfono: 3125596306

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Mamá

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: Angel David Apellidos: Polanco Gonzalez

Tipo de documento: Registro Civil No. de documento: 1029697958

Lugar de nacimiento: Neiva Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 16/07/2023 Edad: 20 M

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: Colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Cuál entidad de salud? Nueva EPS ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si No Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana Tipo de municipio:

Dirección: Calle 72 #24-48 Teléfono: 3125596306

Barrio ó vereda: Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Yuli Tatiana Gonzalez	CC	1030236	26	Bach	Ama de casa	Mamá
Bryan Andres	CC	1077181193	24	Bach	Operario	Papá

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASADAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [X] Apartamento [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro [ ]

Estrato: [ ] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [3 años] Asentamiento informal: Si [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (Indique con SI ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
3	2	

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [ ] No [ ] Cuál [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [ ]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Brayan Andres	Operario	Inci	Padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	$1'423.500
Informalidad	Si
Arriendos	NO
Remesas del exterior	NO
Honorarios	Si
Pensión	NO
Negocios / Comercio	NO
Cultivos	NO
Otros	NO
TOTAL INGRESOS	$1'423.500

Descripción de evidencias de Ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	Si	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si	[ ]	No	[X]		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si	[ ]	No	[X]		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si	[ ]	No	[X]		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 27/03/2025 Hora de inicio: 2:00 Hora de finalización: 3:00

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Brigitte Bravo Golindez

No. Identificación: 1065596041 Cargo: Apoyo Psicosocial Profesión: Psicologa

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Juan Fernando Apellidos: Castillo Reyes

Tipo de documento: 1075321564 No. de documento: Cedula Ciudadania

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 05/04/1997 Edad: 27

Dirección: Calle 48 # 19-36 Teléfono: 3166710903

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Mamá

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 dias X Mujer gestante

Nombres: Isacc Apellidos: Uribe Castillo

Tipo de documento: Registro Civil No. de documento: 1250699053

Lugar de nacimiento: Neiva Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 6/02/2025 Edad: 1 M

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad: Colombiano

¿Afiliado(a) a salud? Si No X ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X

¿Cuál entidad de salud? Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si No X Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural Urbana X Tipo de municipio:

Dirección: Calle 48 #19-36 Teléfono: 3166710903

Barrio ó vereda: Pigao Norte Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Juan Fernando Castillo	CC	1075321564	27	Bach	Aux	Mamá
Dana Uribe	TI	1011031941	2A	Bach	U.	Papá

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

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

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [X] Apartamento [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro [ ]

Estrato: [1] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [1 año] Asentamiento informal: SI [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? SI [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
3	2	

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? SI [X] No [X] Cuál [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Daniel Uribe	Independiente	Independiente	papa

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	$1.500.000
Informalidad	No
Arriendos	No
Remesas del exterior	No
Honorarios	No
Pensión	No
Negocios / Comercio	Si
Cultivos	No
Otros	No
TOTAL INGRESOS	$1.500.000

Descripción de evidencias de Ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL. TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	SI		No		Tiempo	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	SI		No		Tiempo	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	SI		No		Tiempo	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	SI		No			
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	SI		No			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	SI		No			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 27/03/2025 Hora de inicio: 2:00 Am Hora de finalización: 3:00 Am

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Brigitte Bravo Golindez

No. Identificación: 1083296041 Cargo: Apoyo psicosocial Profesión: Psicologa

Regional: Huila Municipio: Neiva EAS: ✓ C. Zonal: ✓ Neiva

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Lavia Sofia Apellidos: Molina Goicia

Tipo de documento: Cedula Ciudadania No. de documento: 1077721762

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 25/03/1996 Edad: 27

Dirección: Calle 52 #26-28 Teléfono: 3133966842

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Mama Cuidadora

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días [ ] Mujer gestante [X]

Nombres: Lavia Sofia Apellidos: Molina Goica

Tipo de documento: Cedula Ciudadania No. de documento: 1077721762

Lugar de nacimiento: Neiva Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 20 años Edad: [ ]

Sexo: Hombre [ ] Mujer [X] Intersex [ ] Nacionalidad: Colombiana

¿Afiliado(a) a salud? Si [X] No [ ] ¿Cuál entidad de salud? Nueva Eps

¿Pertenece a algún grupo étnico? Si [ ] No [X] Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si [ ] No [X] Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

EL USUARIO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO NORMAL DE DESARROLLO FISICO Y COGNITIVO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA, REALIZA COMPORTAMIENTOS ACORDE A SU EDAD, SUS CUIDADORES HAN ESTABLECIDO HORARIOS DE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMO LA BIENESTARINA.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural [ ] Urbana [X] Tipo de municipio: [ ]

Dirección: Calle 52 #26-28 Teléfono: 3133966842.

Barrio ó vereda: Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Lavia Sofia Molina	CC	1077721762	20	Bachil	Ama	Usuario
Jhon Doe	CC	1077117756	22	Bach	Ofv.	Papa

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

LA FAMILIA REFLEJA ARMONÍA Y RELACIONES AFECTIVAS BASDAS EN EL DIALOGO Y EL RESPETO, SE HA CREADO UN APEGO SEGURO CON EL USUARIO, RESPONDIENDO A TIEMPO A CADA NECESIDAD PRESENTADA. RESUELVEN SUS CONFLICTOS DE FORMA ASERTIVA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y LOGRAN ESTABLECER REDES DE APOYO CON OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Powered by CamScanner

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [X] Apartamento [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ] Otro [ ]

Estrato: [ ] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [7 MESES] Asentamiento informal: SI [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (Indique con SI ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
X	X	X	X

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? SI [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
3	3	

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? SI [ ] No [ ] Cuál [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE HABITABLE Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y ASEO EN EL INTERIOR DE LA CASA. CUENTA CON TECHO DE ZINC JUNTO CON PUERTAS Y VENTANAS METALICAS, PISOS EN CEMENTO RUSTICO Y UN PATIO DE ROPA.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] NO [ ]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Yhon Donel	Independiente	Independiente	Padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	$1.300.000
Informalidad	SI
Arriendos	NO
Remesas del exterior	NO
Honorarios	NO
Pensión	NO
Negocios / Comercio	SI
Cultivos	NO
Otros	NO
TOTAL INGRESOS	

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

DURANTE LA VISITA DE FOCALIZACIÓN PARA LA VERFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD, SE EVIDENCIA QUE LA FAMILIA SOLO CUENTA CON UN UNICO INGRESO SALARIAL, TAMBIEN SE EVIDENCIA UNA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN UN SECTOR VULNERABLE.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	SI	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	SI	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	SI	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	SI	[ ]	No	[X]		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	SI	[ ]	No	[X]		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	SI	[ ]	No	[X]		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

DURANTE LA VISITA DE VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD DE LA FAMILIA DEL MENOR SE EVIDENCIA VULNERABILIDAD REUNIENDO LOS CRITERIOS DE FOCALIZACION PARA LA VINCULACION Y PERMANENCIA EN EL PROGRAMA.

X. FIRMAS

Brigitte Bravo

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Laura Martinez

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner