	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: 19/08/2025 **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: LADY TATIANA **Apellidos:** PUENTES ROJAS

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1077721253

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** 15/10/2002 **Edad:** 23

Dirección: CALLE 82-H 2-B-27-DARIO ECHANDIA **Teléfono:** 3241049984

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: CRISTIAN ANDRES **Apellidos:** ESCANDON PUENTES

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1076520515

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 29/05/2025 **Edad:** 2 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 82-H 2-B-27-DARIO ECHANDIA **Teléfono:** 3241049984

Barrio ó vereda: DARIO ECHANDIA **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
JEIMYS ROCIO MACHADO	CC	1063486437	18	SECUNDARIA	OFICIOS VARIOS	PRIMA
LADY NATALIA PUENTES ROJAS	CC	1054282495	23	BACHILLER	OFICIOS VARIOS	MADRE

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

FAMILIA MONO NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA SOLO CONVIVE CON MADRE, HIJO Y PRIMA, LLEVAN APROXIMADAMENTE HABITANDO ESA CASA 2 AÑOS, SE EVIDENCIA POCOS HABITOS DE HIGIENE, TIENE 2 PERROS, NO MANEJAN HABITOS Y PAUTAS DE CRIANZA CON LOS ANIMALES, SON DESAFIANTES Y NO TIENE CONTROL DE ESFINTERES, LO QUE GENERA UN RIESGO DE SALUD, POR SU ESTADO DE GESTACION, ASI MISMO INFORMA LA MUJER GESTANTE QUE SE ENCUENTRA ENTRAMITE DE VINCULACION A SISBEN.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
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: 2	**¿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**	X	**No**	

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	2	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 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 2 HABITACIONES, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 3 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 [ ] NO [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
NATALIA ROJAS	ACTIVIDAD INFORMAL	OFICIOS VARIOS	MADRE

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	500.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	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

LOS INGRESOS DE LA FAMILIA SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DE LA MADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA DIFERENTES FUNCIONES, ACTIVIDADES INFORMALES DONDE LA CONTRATE DE MANERA EVENTUAL, GANANDO MENOS DEL SALARIO LEGAL VIGENTE, Y CON SU TIEMPO DE TRABAJO EVENTUAL. LA MADRE PROMUEVE Y PRACTICA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

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

Natalia Puentes Rojas

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: 19/08/2025 **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: MAFER JOHANA **Apellidos:** PERDOMO PEÑA

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1077721253

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** 24/09/2004 **Edad:** 21

Dirección: CARRERA 75-1-W-17 CALAMARI **Teléfono:** 3209449953

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: MAFER JOHANA **Apellidos:** PERDOMO PEÑA

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1077721253

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 24/09/2004 **Edad:** 21 AÑOS

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: CARRERA 75-1-W-17 CALAMARI **Teléfono:** 3209449953

Barrio ó vereda: CALAMARI **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
CARLOS EDUARDO DUARTE	CC	1.075.252.250	36	PRIMARIA	OFICIOS VARIOS	CONYUGUE

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

FAMILIA MONO NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA SOLO CONVIVE CN CONYUGUE EN LA VIVIENDA DE SU PAREJA, LLEVAN APROXIMADAMENTE HABITANDO ESA CASA 2 AÑOS, SE EVIDENCIA POCOS HABITOS DE HIGIENE, TIENE 2 PERROS, NO MANEJAN HABITOS Y PAUTAS DE CRIANZA CON LOS ANIMALES, SON DESAFIANTES Y NO TIENE CONTROL DE ESFINTERES, LO QUE GENERA UN RIESGO DE SALUD, POR SU ESTADO DE GESTACION, ASI MISMO INFORMA LA MUJER GESTANTE QUE SE ENCUENTRA ENTRAMITE DE VINCULACION A SISBEN.

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**	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**	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 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 2 HABITACIONES, 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 MUJERGESTANTE 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

Mateo Perea P.

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: 19/08/2025 **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: JEYMY ROCIO **Apellidos:** MACHADO

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1077721253

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** 02/08/2007 **Edad:** 18

Dirección: BAJO MIRADOR **Teléfono:** 3022839328

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: SARA EVANGELLY **Apellidos:** LEYTON MACHADO

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1063486437

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 14/07/2025 **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: BAJO MIRADOR **Teléfono:** 3022839328

Barrio ó vereda: BAJO MIRADOR **Coordenadas:** X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
JEIMYS ROCIO MACHADO	CC	1063486437	18	SECUNDARIA	OFICIOS VARIOS	MADRE

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

FAMILIA MONO NUCLEAR, QUIEN EN SU ESTRUCTURA SOLO CONVIVE CN CONYUGUE EN LA VIVIENDA DE SU PAREJA, LLEVAN APROXIMADAMENTE HABITANDO ESA CASA 2 AÑOS, SE EVIDENCIA POCOS HABITOS DE HIGIENE, TIENE 2 PERROS, NO MANEJAN HABITOS Y PAUTAS DE CRIANZA CON LOS ANIMALES, SON DESAFIANTES Y NO TIENE CONTROL DE ESFINTERES, LO QUE GENERA UN RIESGO DE SALUD, POR SU ESTADO DE GESTACION, ASI MISMO INFORMA LA MUJER GESTANTE QUE SE ENCUENTRA ENTRAMITE DE VINCULACION A SISBEN.

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**	X	**No**	

Distribución de espacios:	**Número de habitaciones:**	**No. residentes bajo el mismo techo:**	**Describa otros espacios:**
	2	2	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 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 2 HABITACIONES, 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 NO X

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	FUERA DEL MUNICIPIO DE NEIVA	CONYUGUE

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	500.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	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

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

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: 27/08/2025 **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: MARIA CAMILA **Apellidos:** SIERRA G

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1102228340

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

Dirección: Calle 24 # 54-101 LAS PALMAS **Teléfono:** 3144617541

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: JESUS DAVID **Apellidos:** CRISTIANCHO ALDANA

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1029894653

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 04/08/2025 **Edad:** 20 DIAS

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 63#22- 20 PALMAS 2 **Teléfono:** 3108360479

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				
ELIZABETH ALDANA ORTUA	CC	1070589058	42	PRIMARIA	AMA DE CASA	MADRE

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

FAMILIA NUCLEAR EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA VIVE CON ABUELA, MADRE, PADRE Y PARTICIPANTE, EN SU DINAMICA SE EVIDENCIA MODERADA COMUNICACIÓN Y RED DE APOYO SOCIO FAMILIAS, SE PRESENTA HACINAMIENTO Y DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD. SUS RECURSOS SOCIO ECONOMICOS SON BAJO BAJO, SUS INGRESOS MENSUALES SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA, LA TENENCIA DE LA VIVIENDA ES FAMILIAR, CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS, Y ESTA EQUIPADA CON LO IMPRESCINDIBLE. LA MADRE CUIDADORA REFIERE INICIAR GESTION OPORTUNA PARA RESPECTIVA VINCULACION DE SISBEN EN EL MUNICIPIO DE NEIVA.

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

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

Distribución de espacios:	**Número de habitaciones:**	**No. residentes bajo el mismo techo:**	**Describa otros espacios:**
	1	3	COCINA, SIN PROTECCION AL AIRE LIBRE, BAÑO.

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

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA NO REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. CUENTA CON SERVICIOS PUBLICOS MANEJO DE BASURA, AGUA Y LUZ, COCINA CON PIPETA, TIENEN 1 HABITACION, DUERMEN LA FAMILIA EN CAMA SEPARADA , VIVEN APROXIMADAMENTE 4 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, NO SUELE ESTAR LIMPIA, NO CUMPLE 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	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE

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, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO INDEPENDIENTE, EN TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL.

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.

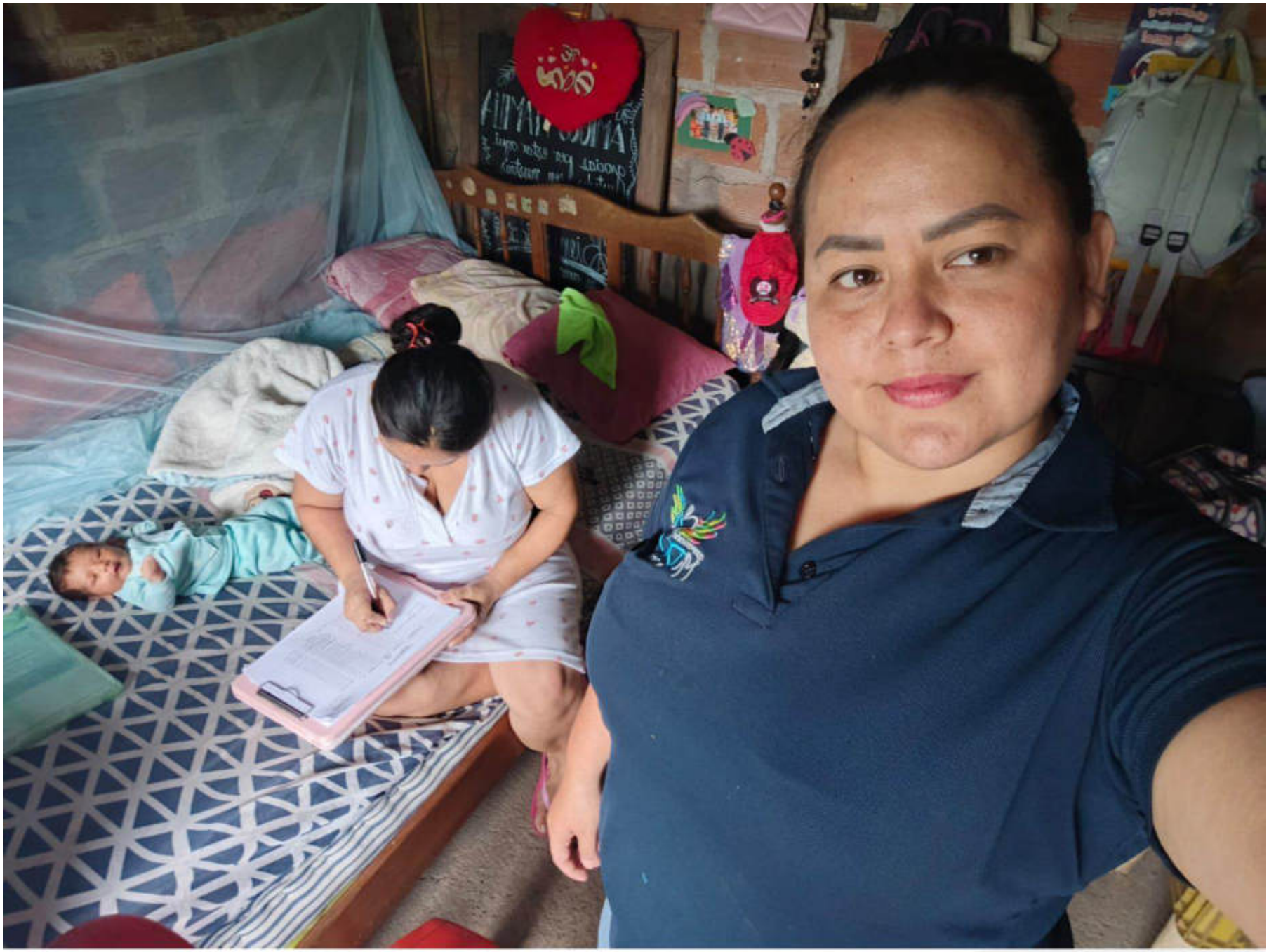
X. FIRMAS

Pilar Claros Orozco

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Elizabeth Aldana

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



CAMON 30 •

23mm f/2.45 1/30s ISO1988



CAMON 30 •

23mm f/1.88 1/60s ISO98



CAMON 30 •

23mm f/1.88 1/80s ISO168

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: 26/08/2025 **Hora de inicio:** 2:00 **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: MARIA CAMILA **Apellidos:** SIERRA G

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1102228340

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

Dirección: Calle 24 # 54-101 LAS PALMAS **Teléfono:** 3144617541

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: MAITHE **Apellidos:** SALCEDO SIERRA

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1250699521

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 11/05/2025 **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: Calle 24 # 54-101 LAS PALMAS **Teléfono:** 3144617541

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				
MARIA CAMILA SIERRA	CC	1102228340	22	BACHILLER	AMA DE CASA	MADRE
ALVARO JOSE SALCEDO	CC	1102234173	26	BACHILLER	INDEPENDIENTE	PADRE
NIDIA GUARIN	CC	64749378	40	PRIMARIA	MODISTERIA	ABUELA

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

FAMILIA NUCLEAR EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA VIVE CON ABUELA, MADRE, PADRE Y PARTICIPANTE, EN SU DINAMICA SE EVIDENCIA ADECUADA COMUNICACIÓN Y RED DE APOYO SOCIO FAMILIAS, NO SE PRESENTA HACINAMIENTO NI ACCESIBILIDAD. SUS RECURSOS SOCIO ECONOMICOS SON BAJO, SUS INGRESOS MENSUALES SE LIMITAN AL TRABAJO TEMPORAL DEL PADRE DE FAMILIA Y DE LA ABUELA MATERNA, QUIEN DESEMPEÑA LABOR DE MODISTERIA DENTRO DEL LUGAR DE RESIDENCIA, LA TENENCIA DE LA VIVIENDA ES FAMILIAR, CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS, Y ESTA EQUIPADA CON LO IMPRESCINDIBLE. LA MADRE CUIDADORA REFIERE INICIAR GESTION OPORTUNA PARA RESPECTIVA VINCULACION DE SISBEN EN EL MUNICIPIO DE NEIVA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
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?**	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	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	2	COCINA-BAÑOS-PATIO

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

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. TIENE 3 HABITACIONES, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 4 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, CUMPLE 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	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE

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 ABUELA MATERNA Y EL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO INDEPENDIENTE, EN TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL.

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

María Camila Sierra

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



CAMON 30 •

23mm f/1.88 1/40s ISO830

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: 26/08/2025 **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: KAREN DAYANA **Apellidos:** MORALES

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1083875695

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**:** **Edad:** 19

Dirección: PALMAS II ESQUINA RUTA DIVINO NIÑO **Teléfono:** 3203410329

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: NOAH SANTIAGO **Apellidos:** BARROS MORALES

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1250699474

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 04/05/2025 **Edad:** 3 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: CALLE 21 # 63 - 09 PALMAS 2 **Teléfono:** 3214586867

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				
KAREN DAYANA MORALES	CC	1083875695	19	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MADRE
DANIEL BARROS PEREZ	CC	1075247191	23	BACHILLER	INDEPENDIENTE	PADRE
SHIRLEY CASTAÑEDA	CC	36303828	50	PRIMARIA	INDEPENDIENTE	ABUELA
DIANA YISETH CALEÑO	CC	1075261634	36	BACHILLER	AMA DE CASA	PAREJA/ ABUELA

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

FAMILIA NUCLEAR EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA VIVE CON ABUELAS, MADRE, PADRE Y PARTICIPANTE, EN SU DINAMICA SE EVIDENCIA ADECUADA COMUNICACIÓN Y RED DE APOYO SOCIO FAMILIAS, NO SE PRESENTA HACINAMIENTO NI ACCESIBILIDAD. SUS RECURSOS SOCIO ECONOMICOS SON BAJO, SUS INGRESOS MENSUALES SE LIMITAN AL TRABAJO EVENTUAL DEL PADRE DE FAMILIA Y DE LA ABUELA MATERNA, LA TENENCIA DE LA VIVIENDA ES FAMILIAR, CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS, Y ESTA EQUIPADA CON LO IMPRESCINDIBLE. LA MADRE CUIDADORA REFIERE INICIAR GESTION OPORTUNA PARA RESPECTIVA VINCULACION DE SISBEN EN EL MUNICIPIO DE NEIVA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
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	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	2	COCINA-BAÑOS-PATIO

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

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. TIENE 3 HABITACIONES, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 4 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, CUMPLE 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	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE

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 ABUELA MATERNA Y EL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO INDEPENDIENTE, EN TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL.

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

Karen Daryanis Morales

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR



CAMON 30 •

23mm f/1.88 1/40s ISO652

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: 26/08/2025 **Hora de inicio:** 2:00 **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: MARIA CAMILA **Apellidos:** SIERRA G

Tipo de documento: CC **No. de documento:** 1102228340

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

Dirección: Calle 24 # 54-101 LAS PALMAS **Teléfono:** 3144617541

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: MAITHE **Apellidos:** SALCEDO SIERRA

Tipo de documento: RC **No. de documento:** 1250699521

Lugar de nacimiento: NEIVA - HUILA **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)**:** 11/05/2025 **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: Calle 24 # 54-101 LAS PALMAS **Teléfono:** 3144617541

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				
MARIA CAMILA SIERRA	CC	1102228340	22	BACHILLER	AMA DE CASA	MADRE
ALVARO JOSE SALCEDO	CC	1102234173	26	BACHILLER	INDEPENDIENTE	PADRE
NIDIA GUARIN	CC	64749378	40	PRIMARIA	MODISTERIA	ABUELA

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

FAMILIA NUCLEAR EXTENSA, QUIEN EN SU ESTRUCTURA VIVE CON ABUELA, MADRE, PADRE Y PARTICIPANTE, EN SU DINAMICA SE EVIDENCIA ADECUADA COMUNICACIÓN Y RED DE APOYO SOCIO FAMILIAS, NO SE PRESENTA HACINAMIENTO NI ACCESIBILIDAD. SUS RECURSOS SOCIO ECONOMICOS SON BAJO, SUS INGRESOS MENSUALES SE LIMITAN AL TRABAJO TEMPORAL DEL PADRE DE FAMILIA Y DE LA ABUELA MATERNA, QUIEN DESEMPEÑA LABOR DE MODISTERIA DENTRO DEL LUGAR DE RESIDENCIA, LA TENENCIA DE LA VIVIENDA ES FAMILIAR, CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS, Y ESTA EQUIPADA CON LO IMPRESCINDIBLE. LA MADRE CUIDADORA REFIERE INICIAR GESTION OPORTUNA PARA RESPECTIVA VINCULACION DE SISBEN EN EL MUNICIPIO DE NEIVA.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
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?**	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	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	2	COCINA-BAÑOS-PATIO

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

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

LA VIVIENDA REUNE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD NECESARIAS, TANTO A NIVEL DE EQUIPAMIENTO, COMO DE SALUBRIDAD Y SEGURIDAD. CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS. TIENE 3 HABITACIONES, DUERMEN EN CAMAS SEPARADAS, VIVEN APROXIMADAMENTE 4 PERSONAS, AMUEBLADA CON LO IMPRESCINDIBLE, SUELE ESTAR LIMPIA, CUMPLE 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	OFICIOS VARIOS	OFICIOS VARIOS	PADRE

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 ABUELA MATERNA Y EL PADRE DE FAMILIA, QUIEN DESEMPEÑA LA FUNCION COMO INDEPENDIENTE, EN TIEMPO DE TRABAJO TEMPORAL.

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

María Camila Sierra

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	FT.G22.FP	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 socioafectivas 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: 12/08/23 Hora de inicio: 8:00 AM Hora de finalización: 9:00 AM

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Jolly Martina Ibáñez Cardoso

No. Identificación: 36307634 Cargo: Psicologa Profesión: Psicologa

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

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Harbeyis Yelina Apellidos: Epieyu Gonzalez

Tipo de documento: C.C No. de documento: 1148188731

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 14/03/1990 Edad: 33

Dirección: Altos de Caña Brava Torre 1 Apto 5 Teléfono: 3117035897

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

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

Nombres: Juan Manuel Apellidos: Martinez Epieyu

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1024619382

Lugar de nacimiento: Bogota Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 11/07/24 Edad: 1

Sexo: Hombre ✓ Mujer Intersex Nacionalidad: colombiana

¿Afiliado(a) a salud? Si ✓ ¿Cuál entidad de salud? Caja copi No ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si Cuál: No ✓

¿Presenta alguna discapacidad? Si No ✓ Cuál:

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

Aún consume leche materna, colados (frutas y verduras). El niño se encuentra en adecuadas condiciones de salud.

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

Dirección: Altos de Caña Brava Teléfono: 3117035897

Barrio o vereda: Torre 1 Apto 5 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 Manuel Martinez	C.C	1065600469	38	Bachiller	Trabajos.	Papa
Harbeyis Yelina Epieyu	C.C	1148188731	33	Primaria	Ama Casa	mama
Angel Mateo	T.I	1121541358	14	Bachiller	Estu.	hijo
Angeles Epieyu	T.I	1100377895	8	Primaria	Estu.	hija
Angels Harbeyis Epieyu	T.I	1140377896	9	Primaria	Estu.	hija
Juan Manuel Martinez Epieyu	R.C	1024619382	1	—	—	hijo

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

Familia recompuesta por línea materna, la señora Harbeyis tiene 3 hijos que no son de su actual pareja. De la presente visita se evidencia que tienen solo a Juan Manuel

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 [ ]

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

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. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
3	6	

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

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

No presenta ningún riesgo

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 Manuel Martinez	mensajería	Independiente	Papá

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1.200.000
Informalidad	
Arriendos	550.000
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	700.000

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

Actualmente es el progenitor quien sustenta las necesidades del hogar.

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 solo(a) 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

Se comprometen como familia acercase a las instalaciones para acordar la visita a su hogar y ser ensados.

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 focalizacion 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: 12/08/25 Hora de inicio: 3.30 PM Hora de finalización: 4.30 PM

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Julie Paola Flórez Cardoso

No. Identificación: 36307634 N. Cargo: Psicologa Profesión: Psicologa

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

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Astrid Katherine Novoa Apellidos: Sequi ento

Tipo de documento: C.C No. de documento: 1075791835

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/05/2001 Edad: 24

Dirección: Manzana 6 casa 1 Teléfono: 3122222714

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 ✓ Mujer gestante

Nombres: Skarleth Isabella Apellidos: Novoa Izquierdo.

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1029993849

Lugar de nacimiento: Neiva Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 11/09/24 Edad: 11 M.

Sexo: Hombre Mujer ✓ Intersex Nacionalidad:

¿Afiliado(a) a salud? Si ✓ No ¿Cuál entidad de salud? nueva EPS. ¿Pertenece a algún grupo etnico? Si No ✓ Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si No ✓ Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementacion alimentaria)

Toma leche materna y comida complementarias (frutas, verduras y colados). Se encuentra en adecuadas condiciones de salud

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

Dirección: manzana 6 casa 7 Teléfono:

Barrio ó vereda: Pinal Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Astrid Katerine Novoa I.	C.C	1075791835	24	Bachiller	mamá	mama.
Sharid Hernández	R.C	1075807226	7	Primaria	Est.	

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

Familia nuclear, cuyas relaciones al interior del hogar son cordiales, cuando las visitas, pero por motivos laborales se encuentra distanciado.

Powered by CamScanner

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

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

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

Estrato: [1] **¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?** [1 mes] **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 [✓]

Distribución de espacios:

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

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

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

No presento ningún riesgo

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 [✓]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Astrid Katerine Novoa	independiente	trabajo informal.	mamá

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	8.00.000
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

la mamá de la niña es quien se encuentra trabajando y actualmente es la única que aporta económico/. se Pareja está lejos

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

Se encuentra en proceso ser sensados de nuevo, dado que vivían en otra ciudad.

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Astrid Novoa
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.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, soportes que demuestren que el Ingreso Familiar no supera 1.5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias socioafectivas 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:	5/08/25	**Hora de inicio:**	900	**Hora de finalización:**	1000
Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita:	Jully Montoya Flórez Cardoso				
No. Identificación:	26307634	**Cargo:**	Psicologa	**Profesión:**	Psicologa
Regional:	Huila	**Municipio:**	Neiva	**EAS:** ✓	**C. Zonal:** ✓

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres:	Doris Oliva	**Apellidos:**	Gil Quintero
Tipo de documento:	C.C	**No. de documento:**	1075280638
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	25/05/94	**Edad:**	31
Dirección:	Cra 9A W N° 25C Bis -03	**Teléfono:**	3168095651
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:	Alan Fernando	**Apellidos:**	Sánchez Gil		
Tipo de documento:	R.C	**No. de documento:**	1250699617		
Lugar de nacimiento:	Neiva	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa):	4/06/2025	**Edad:**	2M.
Sexo: Hombre [X]	Mujer [ ]	Intersex [ ]	**Nacionalidad:**	Colombiana	
¿Afiliado(a) a salud? Si [X]	No [ ]	**¿Cuál entidad de salud?**	mutual EPS	**¿Pertenece a algún grupo étnico?** Si [ ]	No [X] Cuál [ ]
¿Presenta alguna discapacidad? Si [ ]	No [X]	**Cual**			

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

Leche materna y en ocasiones lo alterna con leche de fórmula.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X):	**Rural** [ ]	**Urbana** [X]	**Tipo de municipio:**		
Dirección:	Cra 9A W N° 25C Bis -03	**Teléfono:**	3168095651		
Barrio o vereda:	Villa del Río	**Coordenadas:**	X:	Y:	

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Julian Fernando Sánchez	CC	1075250648	34	Tecnólogo	Indep.	papá
Doris Oliva Gil Quintero	CC	1075280638	31		Indep.	mamá
Alan Fernando Sánchez	R.C	1250699617	2M			hijo

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

Familia nuclear compuesta por mamá, papá y bebé; relaciones afectivas fuertes.

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 [ ] Otro [ ] Cual [ ]

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

Estrato: 2 ¿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
	✓	—	✓	✓

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

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

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [✓] No [ ] Cual [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

Es de 2 pisos, en material y con reja al parte. No se encuentra en riesgo la vivienda

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)
Julio Fernando S.	Independiente	Casa	papa

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	2.000.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	2.000.000

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

El progenitor, es quien sustenta los gastos del hogar, debido a que la progenitora aún esta en periodo de lactancia.

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 solo(a) 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

Se encuentra en proceso que arrullen a su bebé. en el sí sabén de su grupo familiar

X. FIRMAS

Yulieth Yaffez G.
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Doris Gil Quintero
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 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.FP	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 socioafectivas, 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: 5/08/25 Hora de inicio: 2.00 PM Hora de finalización: 3.00 PM

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Sully Martha Flórez Cardoso

No. Identificación: 36307634 Cargo: Psicologa Profesión: Psicologa

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

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: Diana Yudeily Apellidos: Salgado Pena

Tipo de documento: C.C No. de documento: 1075268246

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 17/10/1992 Edad: 32

Dirección: Cra. 9BW N°256 Bis-46 Teléfono: 3183710477

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

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

Nombres: Ana Lucia Apellidos: Losada Salgado

Tipo de documento: R.C No. de documento: 1076928777

Lugar de nacimiento: Neiva Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 9/06/25 Edad: 2M

Sexo: Hombre Mujer ✓ Intersex Nacionalidad: Colombiana

¿Afiliado(a) a salud? Si ✓ No ¿Cuál entidad de salud? Nueva EPS ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si Cuál No ✓

¿Presenta alguna discapacidad? Si No ✓ Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

Leche materna Exclusiva. y leche de formula, Se encuentra en adecuadas condiciones de salud.

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

Dirección: Cra 9BW N=256Bis-46 Teléfono: 3185310474

Barrio o vereda: Villa del Rio Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Diana Yudeily Salgado	C.C	1075268246	32	Bachiller	Independ.	mama
Ma José Losada	T.I	1076509471	12	Básica	Est.	hermana
Ma paz Losada		1077737747		Básica	Est.	hermana
Ana Lucia Losada	R.C	1076928877	2M	-0-	-0-	Usuario

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

familia monoparental por linea materna dado que su pareja se encuentra en otro país.

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 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

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

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

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda?	Si		No	✓	
Distribución de espacios	**Número de habitaciones:**	**No. residentes bajo el mismo techo:**	**Describa otros espacios:**		
¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad?	Si	✓	No		Cuál

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

No presenta ningún Riesgo.

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)
Diana Lisbeth Sa	independiente	Independiente	mama

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	1.400.000
Informalidad	
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	1.400.000

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

Actualmente es la progenitora quien suple las necesidades del Hogar.

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

Se encuentra en proceso que vinculen a su bebé en el SISBÉN de su grupo Familiar

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Diana Sahady Pena
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner