ANEXOS

1. Obligación 2 GEP-F-02-V3_DISPONIBILIDAD_DE_CUPOS_PARA_CENTRO_DE_ATENCIÓN_ESPECIALIZADO
2. Obligación 2 GEP-F-04-V2_ REMISION_PARA_CENTRO_DE_ATENCION_ESPECIALIZADO
3. Obligación 3 Valoración Integral De 60 Beneficiarios
4. Obligación 6 Reglamento interno
5. Obligación 7 Evaluaciones de Inducción
6. Obligación 8 Informe de Encuesta
7. Obligación 10 Planillas de Asistencias diaria de beneficiarios.
8. Obligación 10 Planilla de Escuela de Padres de Familia y Acudientes
9. Obligación 10 Acta de Informe de Escuela de Padres de Familia y acudientes
10. Obligación 19 Planillas de Seguridad Social
11. Obligación 19 Certificación de Parafiscales
12. Obligación 20 Minutas
13. Obligación 21 Planillas de Almuerzo
14. Obligación 21 Planillas de Refrigerio
15. Obligación 21 Datos Antropométricos
16. Obligación Acta de Capacitación Manipuladoras de Alimentos
17. Obligación 24 Planillas de transporte
18. Obligación 27 Protocolo de Transporte

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 1 de 60

Remisión No. 01

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 - Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Deiber Fabián Beltrán Cortes

Tipo y No de documento: C.C 1123803051

Edad: 19 años Fecha de nacimiento: 26/01/2006

Dirección: Cra 56 A # 44 – 27 Barrio Porfía Teléfono: 3214001670

Diagnóstico clínico: Déficit cognitivo moderado

EPS: Capital Salud Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN: A4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: María Elena Cortes

Tipo y No de documento: C.C 39719856

Parentesco: Madre Teléfono: 3214001670

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario cumple con los criterios de idoneidad para su ingreso a la Fundación. Presenta comunicación verbal funcional, control de esfínteres, autonomía en la alimentación, adecuada capacidad para seguir instrucciones y autorregulación de impulsos.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 02

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25- Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Lina María Lasso Godiño

C.C C.C 1121930298

Edad: 29 años Fecha de nacimiento: 21/10/1995

Dirección: Cll 39C # 7-10 Manantial Teléfono: 3114549374

Diagnóstico clínico Déficit cognitivo leve

EPS Capital Salud Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Nilfer Lasso

Tipo y No de documento: C.C 16824129

Parentesco: Padre Teléfono: 3114549374

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mg Angelica Hdez S

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria reúne las condiciones necesarias para su ingreso a la Fundación. Presenta comunicación verbal funcional, control de esfínteres establecido, autonomía en actividades básicas de alimentación, adecuada capacidad para acatar instrucciones, autorregulación de impulsos y habilidades sociales que favorecen su interacción e integración en diversos entornos.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 3 de 60

Remisión No. 03

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto-2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Lizeth Katherine Fuentes Rincón

Tipo y No de documento: T.I 1029993240

Edad: 34 años Fecha de nacimiento: 7/011/1990

Dirección: Cra 98va B # 26A – 94 Recreo Teléfono: 3133472159

Diagnóstico clínico Síndrome de Down

EPS Cajacopi Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: María Fuentes

Tipo y No de documento: C.C 40387052

Parentesco: Madre Teléfono: 3133472159

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Hdez S

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria demuestra competencias adecuadas en comprensión, seguimiento de instrucciones y autonomía para el autocuidado, lo que evidencia un nivel de funcionalidad que le permite responder favorablemente a las demandas del entorno. Por lo anterior, se conceptúa que es apta para ingresar al programa.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 04

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25- Agosto -2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: German Alexis Garzón Beltrán

Tipo y No de documento: C.C 11069898994

Edad: 18 años Fecha de nacimiento: 22/11/2006

Dirección: SMZ 2 MZ 2 CASA 30 La Madrid Teléfono: 3125820656

Diagnóstico clínico Síndrome de Down

EPS Capital Salud Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Yenny Yolima Beltrán

Tipo y No de documento: C.C 1069898870

Parentesco: Madre Teléfono: 3125820656

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angelica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario evidencia dificultades en el área del lenguaje; sin embargo, demuestra capacidad para seguir instrucciones, ha desarrollado autonomía en actividades de autocuidado, incluyendo el aseo personal y el porte adecuado, presenta control de esfínteres y autorregulación de impulsos, por lo cual cumple con los criterios de idoneidad para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 5 de 60

Remisión No. 05

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25- Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: José Andrés Giraldo Baquero

Tipo y No de documento: C.C 1121888286

Edad: 35 años Fecha de nacimiento: 10/02/1992

Dirección: Multif 3 Cs 3 Condominio La Cabaña Teléfono: 3112240821

Diagnóstico clínico Cognitivo Leve

EPS Nueva E.P.S Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN B5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Beatriz Esthela Giraldo López

Tipo y No de documento: CC. 40384791

Parentesco: Tia Teléfono: 3112240821

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Ma Angelica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario presenta comunicación verbal funcional, demuestra capacidad para seguir instrucciones, ha desarrollado autonomía en actividades de autocuidado y presentación personal, mantiene control de esfínteres y evidencia adecuada autorregulación de impulsos. Estas condiciones favorecen su adaptación al entorno institucional, por lo que se considera apto para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si ____ No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 06

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 - Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Eliceo Macheta Canizales

Tipo y No de documento: C.C 1123804513

Edad: 18 años Fecha de nacimiento: 11/04/2007

Dirección: Cll 14 # 14 – 53 Estero Teléfono: 3112532523

Diagnóstico clínico: Microcefalia

EPS: Compensar Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN: A3

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: María del Pilar Macheta

Tipo y No de documento: C.C 30946511

Parentesco: Madre Teléfono: 3112532523

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angelica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario presenta comunicación verbal funcional, evidenciando emisión de palabras aisladas más que frases estructuradas; no obstante, muestra facilidad para establecer contacto social y relacionarse con su entorno. Asimismo, sigue instrucciones de manera adecuada, ha alcanzado autonomía en actividades de autocuidado y presentación personal, mantiene control de esfínteres y evidencia adecuada autorregulación e impulsos. Con base en estas características, se considera apto para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 7 de 60

Remisión No. 07

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto -2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Nasly Milena Morales Moreno

Tipo y No de documento: C.C 1006826256

Edad: 21 años Fecha de nacimiento: 5/12/2003

Dirección: Mz C Lote 1 Casa 2 Cambulos Teléfono: 3223788889

Diagnóstico clínico Síndrome de Down

EPS Capital Salud Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN B6

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Nubia Mercedes Romero López

Tipo y No de documento: C.C 40383575

Parentesco: Madre Teléfono: 3223788889

Director(a) de Grupos de Especial Protección

María Angélica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria no ha desarrollado lenguaje verbal, comunicándose a través de señas o vocalizaciones. Presenta dificultad en el seguimiento de instrucciones, requiriendo apoyo adicional para comprender algunas consignas. Sin embargo, evidencia organización en sus rutinas y disposición para el aprendizaje; por lo anterior, se conceptúa que es apta para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 8 de 60

Remisión No. 08

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25- Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Janier Andrés Quiceno Bermúdez

Tipo y No de documento: C.C 1122506696

Edad: 21 años Fecha de nacimiento: 1/04/2004

Dirección: Mz 57 Cs 14 Reliquia Teléfono: 3134498477

Diagnóstico clínico Autismo

EPS Caja copi Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Janet Quiceno Bermúdez

Tipo y No de documento: C.C 40356730

Parentesco: Madre Teléfono: 3134498477

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario presenta lenguaje verbal con estilo de comunicación pausado, respondiendo de manera preferente con afirmaciones o negaciones breves. Ocasionalmente manifiesta conductas desafiantes, sin embargo, finalmente acata las indicaciones y se muestra receptivo al acompañamiento; por lo anterior, se conceptúa que es apto para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 09

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 - Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Tomas Jerónimo Solano Medina

Tipo y No de documento: C.C 1122510408

Edad: 20 años Fecha de nacimiento: 11/08/2005

Dirección: Cll 29 # 25 – 107 Porvenir Teléfono: 3017482285

Diagnóstico clínico Parálisis Cerebral

EPS Sanitas Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN B2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Carlos Arturo Solano Castro

Tipo y No de documento: C.C 17336516

Parentesco: Padre Teléfono: 3017482285

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario presenta dificultades en el lenguaje, aunque responde de manera adecuada a lo que se le pregunta. Se destaca por su actitud solidaria y muestra autonomía en el cuidado personal, evidenciando habilidades adaptativas favorables; por lo anterior, se conceptúa que es apto para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 10 de 60

Remisión No. 10

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25- Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Nubia Paola Montaño Cruz

Tipo y No de documento: C.C 1016009535

Edad: 37 años Fecha de nacimiento: 2/11/1987

Dirección: MZ B Cs 26 Vencedores Teléfono: 3118269677

Diagnóstico clínico: Epilepsia y síndromes epilépticos

EPS: Capital Salud Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN: B3

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: María Inés Cruz

Tipo y No de documento: C.C 35321761

Parentesco: Madre Teléfono: 3118269677

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Hdez S

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria se caracteriza por su alto nivel de independencia, mantiene una conversación fluida y presenta disposición solidaria en la interacción con otros. Además, sigue instrucciones de manera adecuada, evidenciando competencias sociales y adaptativas; por lo anterior, se conceptúa que es apta para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 11 de 60

Remisión No. 11

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Natalia Sharik Delgado Palomino

Tipo y No de documento: C.C 1006856685

Edad: 25 años Fecha de nacimiento: 27/03/2000

Dirección: Cll 34 # 8 – 34 Seis de abril Teléfono: 3124653211

Diagnóstico clínico Déficit Cognitivo Leve

EPS Salud Total Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Diana Marcela Palomino

Tipo y No de documento: C.C 40330079

Parentesco: Madre Teléfono: 3124653211

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mg Angélica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria se destaca por su actitud colaboradora. Presenta dificultades para mantener un habla fluida; sin embargo, es posible entablar una conversación con ella. Comprende y sigue instrucciones de manera adecuada, mostrando autonomía en su cuidado personal; por lo anterior, se conceptúa que es apta para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 12 de 60

Remisión No. 12

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Laura Alejandra Sánchez Rincón

Tipo y No de documento: C.C 1006836927

Edad: 24 años Fecha de nacimiento: 21/10/2000

Dirección: Transversal 55 # 19-52 Sur Loma Linda Teléfono: 3228463466

Diagnóstico clínico Encefalopatía crónica

EPS Sanitas Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN B4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Orlando Rivera

Tipo y No de documento: C.C 80092997

Parentesco: Madre Teléfono: 3228463466

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Tellez S

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria comprende y sigue instrucciones con facilidad, mantiene un lenguaje fluido y demuestra independencia en sus actividades cotidianas. Presenta, sin embargo, dificultades en la gestión emocional, lo cual requiere acompañamiento para fortalecer estrategias de autorregulación; por lo anterior, se conceptúa que es apta para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma

Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 13

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Jhony Mauricio Muñoz Santamaría

Tipo y No de documento: C.C 1121953295

Edad: 27 años Fecha de nacimiento: 5/04/1998

Dirección: Cra 19 D # 20 D – 28 La Macarena Teléfono: 3123764939

Diagnóstico clínico Síndrome de Ebyus

EPS Capital Salud Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN A4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Alyna Santa María

Tipo y No de documento: C.C 40437001

Parentesco: Madre Teléfono: 3123764939

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario es independiente en sus actividades cotidianas. Aunque no presenta un habla fluida, logra hacerse entender de manera efectiva. Muestra dificultad para adaptarse y seguir las dinámicas del contexto, lo que requiere acompañamiento adicional; por lo anterior, se conceptúa que es apto para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 14 de 60

Remisión No. 14

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Jean Pierre Urbano Sinisterra

Tipo y No de documento: C.C 1005945467

Edad: 22 años Fecha de nacimiento: 27/03/2003

Dirección: Cra 44 A 1 A # 17 – 78 Villa Suarez Teléfono: 3184181037

Diagnóstico clínico Discapacidad cognitiva

EPS Salud Total Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A3

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Jessica Andrea Sinisterra

Tipo y No de documento: C.C 67026371

Parentesco: Madre Teléfono: 3184181037

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario presenta lenguaje verbal claro y estructurado, con adecuada fluidez y capacidad de expresión, lo que facilita su interacción y desenvolvimiento en diversos contextos. Muestra habilidades sociales consolidadas, sigue instrucciones de manera efectiva, ha desarrollado autonomía en actividades de autocuidado y presentación personal, mantiene control de esfínteres y evidencia adecuada autorregulación de impulsos.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 15 de 60

Remisión No. 15

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto -2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Bridni Natali Yustit Zafra

Tipo y No de documento: C.C 1121851620

Edad: 18 años Fecha de nacimiento: 13/03/2007

Dirección: Spmz 7 Mz 3 Casa 58 La Madrid etapa 4 Teléfono: 3176977916

Diagnóstico clínico Déficit Cognitivo Leve

EPS Salud Total Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Sandra Milena Zafra Pérez

Tipo y No de documento: C.C 40326922

Parentesco: Madre Teléfono: 3176977916

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria presenta lenguaje verbal claro y funcional, sigue instrucciones de manera adecuada, ha desarrollado autonomía en actividades de autocuidado y presentación personal, mantiene control de esfínteres y evidencia adecuada autorregulación de impulsos. Con base en estas características, se considera apta para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 16 de 60

Remisión No. 16

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Erick Santiago Acosta Cante

Tipo y No de documento: C.C 1003530878

Edad: 25 años Fecha de nacimiento: 29/07/2000

Dirección: Calle 17 B # 3 – 110 Nueva Esperanza I Teléfono: 3232368766

Diagnóstico clínico Hipoxia Neonatal

EPS Sanitas Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Ángela Milena Cante Moreno

Tipo y No de documento: 3232368766

Parentesco: Madre Teléfono: 3232368766

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angelica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario utiliza un repertorio verbal limitado, expresándose a través de algunas palabras, pero logra comunicarse de manera funcional. Colabora activamente en actividades del hogar, es independiente en su autocuidado y ha culminado su formación secundaria; por lo anterior, se conceptúa que es apto para Ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 17 de 60

Remisión No. 17

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto – 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Leidy Johanna Celis Pineda

Tipo y No de documento: C.C 1121147403

Edad: 35 años Fecha de nacimiento: 13/12/1989

Dirección: Spmz 4 Mz 5 Casa 41 La Madrid etapa 5 Teléfono: 3125698791

Diagnóstico clínico Parálisis Cerebral

EPS Capital Salud Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN B1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Luz Mery Pineda

Tipo y No de documento: C.C 40414857

Parentesco: Madre Teléfono: 3125698791

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mg Angelica Hdez S

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria es independiente en sus actividades cotidianas y demuestra disposición por realizar las tareas de manera adecuada. No se comunica verbalmente, respondiendo de forma afirmativa o negativa mediante movimientos de cabeza; por lo anterior, se conceptúa que es apta para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 18

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto – 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Johan Sebastián Alba Pérez

Tipo y No de documento: C.C 1021663333

Edad: 21 años Fecha de nacimiento: 17/03/2004

Dirección: Cl 61 Sur #44 - 40 P1 Porfía Teléfono: 3123749959

Diagnóstico clínico: Retraso mental leve

EPS: Nueva EPS Subsidiada: X Contributiva: ____

Categoría SISBEN: A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Mariceli Pérez Prado

Tipo y No de documento: C.C 40447755

Parentesco: Madre Teléfono: 3123749959

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario es independiente en sus actividades diarias y se comunica verbalmente, aunque con un ritmo pausado y en ocasiones de difícil comprensión. Presenta dificultad para adaptarse a las dinámicas del contexto, requiriendo acompañamiento para su integración; por lo anterior, se conceptúa que es apto para Ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 19

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Natalia Lasso Quintero

Tipo y No de documento: C.C 1121921206

Edad: 29 años Fecha de nacimiento: 8/03/1996

Dirección: Crr 31 Sur 14 – 57 Juan Pablo II Teléfono: 3144850703

Diagnóstico clínico: Déficit cognitivo leve

EPS: Sanitas Subsidiada: X Contributiva:

Categoría SISBEN: B7

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Floralba Quintero

Tipo y No de documento: C.C 40381002

Parentesco: Madre Teléfono: 3144850703

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Hg Angélica Hdez S

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria evidencia habilidades consolidadas para el desarrollo de actividades de la vida diaria, presenta lenguaje verbal claro y funcional, y demuestra capacidad para comprender y asimilar conceptos relevantes para su entorno. Estas características reflejan un adecuado nivel de autonomía y adaptación, por lo que se considera apta para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma

Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 20

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto – 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Elías Esteban Vargas Herrera

Tipo y No de documento: C.C 1122508212

Edad: 21 años Fecha de nacimiento: 6/11/2004

Dirección: CR 24 A 36 23 Teléfono: 3202097085

Diagnóstico clínico Déficit Cognitivo Moderado

EPS Capital Salud Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A3

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Laura Estefanía Vargas Herrera

Tipo y No de documento: C.C 1122923421

Parentesco: Hermana Teléfono: 3202097085

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angelica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario se caracteriza por su actitud solidaria y empática. Comprende y sigue instrucciones de manera adecuada; aunque no se comunica verbalmente, utiliza recursos expresivos que le permiten hacerse entender de forma efectiva. Muestra disposición favorable para el aprendizaje y la interacción social; por lo anterior, se conceptúa que es apto para ingresar.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma

Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 21

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: David Felipe Ladino Duran

Tipo y No de documento: T.I 1122520834

Edad: 16 años Fecha de nacimiento: 12/12/2017

Dirección: Cra 13 este # 36- 115 Cs I 21 Bosques de Abajam Teléfono: 3108028495

Diagnóstico clínico Déficit Cognitivo Moderado

EPS Sanitas Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN B1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Luz Marina Duran Gámez

Tipo y No de documento: C.C 28835438

Parentesco: Madre Teléfono: 3108028495

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angelica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario presenta lenguaje verbal funcional con capacidad para la emisión de frases compuestas, sin evidencia de dificultades en el proceso de socialización. Demuestra competencias de autonomía en actividades de la vida diaria, aunque se identifican limitaciones en la tolerancia a la frustración que requieren seguimiento e intervención psicoeducativa. En términos generales, sus habilidades adaptativas y comunicativas permiten concluir que es apto para el ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 22 de 60

Remisión No. 22

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto - 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Jadiel Steven García Rojas

Tipo y No de documento: T.I 1122530690

Edad: 10 años Fecha de nacimiento: 8/02/2015

Dirección: Calle 7}# 28 – 45 Comuneros Teléfono: 3228702564

Diagnóstico clínico Retraso en el desarrollo

EPS Nueva EPS Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN B6

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Leidy Johanna Rojas Ardila

Tipo y No de documento: C.C 1121845385

Parentesco: Madre Teléfono: 3228702564

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mg Angelica Hdez S.

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

El beneficiario presenta un buen repertorio de habilidades adaptativas. Demuestra capacidad para seguir instrucciones complejas, mantener el control impulsivo en situaciones diversas y manejar habilidades de vida independiente. Su comunicación verbal es funcional y efectiva. En conjunto, estas competencias reflejan un alto grado de autonomía en su funcionamiento diario, por lo que se considera apto para ingresar al programa.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN SOCIAL Subproceso Dirección Grupos Especial Protección FORMATO REMISIÓN PARA CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO	Código: GEP-F-04 Versión: 02 Fecha: 26/05/2025 Página: 23 de 60

Remisión No. 23

Ciudad: Villavicencio -Meta Fecha: 25 de Agosto – 2025

Nombre del Centro: Fundación Camino de la Esperanza sede Discapacidad

Representante Legal: Pbro. Henry Cucaita Pérez

Dirección: Cl. 12 #47a-11, Esperanza Teléfono: 3118543819

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Sarita Valentina Rodríguez Montoya

Tipo y No de documento: T.I 1122522910

Edad: 15 años Fecha de nacimiento: 17/03/2010

Dirección: Cr 20 E 41 27 Ap. 102 Teléfono: 3114531902

Diagnóstico clínico Retraso mental moderado

EPS Salud total Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN B5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Carmen Esperanza Sánchez Bayona

Tipo y No de documento: C.C 40187730

Parentesco: Madre Teléfono: 3114531902

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Firma
Nombre

Líder de la Oferta Institucional e Discapacidad

Firma
Nombre

Espacio para ser diligenciado por parte del Centro de Atención Especializado

Indique aquí los resultados de la valoración interdisciplinaria realizada al aspirante, especificando si el cupo es o no aprobado

La beneficiaria presenta lenguaje verbal funcional con emisión de frases compuestas, evidencia habilidades de autonomía en actividades de la vida diaria y no presenta dificultades en los procesos de socialización. Se observa, sin embargo, dificultad para reconocer situaciones de riesgo o peligro, lo que requiere acompañamiento y orientación. En términos generales, sus competencias comunicativas, adaptativas y funcionales permiten concluir que es apta para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado