	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: 24 de 60

Remisión No. 24

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: Kevin Ferney Benítez Mahecha

Tipo y No de documento: T.I 1122925845

Edad: 17 años Fecha de nacimiento: 12/07/2008

Dirección: Cl 32 15 A 18 Teléfono: 3213105430

Diagnóstico clínico Déficit Cognitivo leve

EPS Nueva E.P.S Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Flor Emilce Mahecha

Tipo y No de documento: C.C 39813832

Parentesco: Madre Teléfono: 3213105430

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 limitado, sin capacidad para la emisión de frases compuestas, y evidencia dificultad en el seguimiento de instrucciones. No obstante, demuestra competencias de autonomía en actividades de la vida diaria, lo que favorece su desenvolvimiento funcional en entornos cotidianos. En consideración de sus características y nivel de adaptación, se concluye que es apto para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 25

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 Santiago Rojas Velásquez

Tipo y No de documento: 1122518569

Edad: 16 años Fecha de nacimiento: 12/05/2008

Dirección: Cll 5A # 16 A – 73 Casa 4 Teléfono: 3057705908

Diagnóstico clínico: Retraso mental leve cognitivo

EPS: Salud total Subsidiada x Contributiva

Categoría SISBEN: B2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Olga Lucia Velásquez Amado

Tipo y No de documento: 40387270

Parentesco: Madre Teléfono: 3057705908

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 un nivel de funcionalidad elevado, con lenguaje verbal claro y estructurado, así como capacidad de pensamiento crítico que le permite analizar situaciones y emitir juicios coherentes. Se identifica dificultad en la retención y evocación de información, aunque demuestra competencias consolidadas en actividades de la vida diaria, evidenciando un adecuado nivel de autonomía y adaptación. 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: 26 de 60

Remisión No. 26

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: María Fernanda Cárdenas Mendoza

Tipo y No de documento: T.I 1185714658

Edad: 13 años Fecha de nacimiento: 1/03/2011

Dirección: SPMZ 4 MZ 12 CS 8 Teléfono: 3202163240

Diagnóstico clínico: Macroftalmia

EPS: Caja Copi Subsidiada: X Contributiva:

Categoría SISBEN: A5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Ana Mendoza Sánchez

Tipo y No de documento: C.C 1099210720

Parentesco: Madre Teléfono: 3202163240

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

La beneficiaria presenta limitación visual derivada de su diagnóstico, sin evidencias de dificultades en el lenguaje verbal. Se identifican desafíos en el proceso de higiene personal posterior al uso del sanitario; sin embargo, el resto de sus habilidades de autonomía se encuentran acordes a su edad y nivel de desarrollo, favoreciendo su adaptación a diferentes entornos. En consideración de estas características, se concluye que es 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: 27 de 60

Remisión No. 27

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: Santiago Estiben Téllez Sánchez

Tipo y No de documento: T.I 11123806365

Edad: 16 años Fecha de nacimiento: 2/01/2009

Dirección: SMPZ 4 MZ 8 CS 39 La Madrid Teléfono: 3125448349

Diagnóstico clínico: Retardo Cognitivo

EPS: Cajacopi Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN: A3

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Tilcia Sánchez Camacho

Tipo y No de documento: C.C 28205295

Parentesco: Madre Teléfono: 3125448349

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Hdz 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, demuestra capacidad para seguir instrucciones y evidencia adecuado control de impulsos. Además, cuenta con competencias consolidadas en actividades de la vida diaria, lo que favorece su autonomía y adaptación en diversos entornos. En atención a 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: 28 de 60

Remisión No. 28

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: Jhojan Alexander Senejoa Salazar

Tipo y No de documento: T.I 1122516833

Edad: 17 años Fecha de nacimiento: 9/10/2007

Dirección: Cra 8 Tva N 18-33 Teléfono: 3118538745

Diagnóstico clínico: Déficit cognitivo moderado

EPS: Caja copi Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN: A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Ángela Paola Salazar Delgado

Tipo y No de documento: C.C 1121847665

Parentesco: Madre Teléfono: 3118538745

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 con limitaciones en la fluidez, aunque posee la capacidad de expresarse de manera funcional. Demuestra habilidad para seguir instrucciones, evidencia adecuado control de impulsos y cuenta con competencias consolidadas en actividades de la vida diaria, lo que favorece su autonomía y adaptación en diferentes entornos. En consideración de estas características, se concluye que es 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: 29 de 60

Remisión No. 29

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: Linda Nathalie Sánchez

Tipo y No de documento: 1028683331

Edad: 12 años Fecha de nacimiento: 5/03/2013

Dirección: Cl 30 Sur 25-14 Mz E Cs 18 Teléfono: 3204090512

Diagnóstico clínico Autismo – Retardo psicomotor

EPS Nueva EPS Subsidiada x Contributiva

Categoría SISBEN B1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Leidy Johana Silva Bernal

Tipo y No de documento: C.C 1121855311

Parentesco: Madre Teléfono: 3204090512

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 no presenta lenguaje verbal funcional y evidencia dificultades en el control de impulsos, lo que requiere seguimiento y acompañamiento especializado. Sin embargo, demuestra competencias consolidadas en actividades de la vida diaria, con un nivel de autonomía acorde a su edad y necesidades, lo que permite 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

	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: 30 de 60

Remisión No. 30

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 Daniel Lavado Cuesta

Tipo y No de documento: T.I 1123816070

Edad: 9 años Fecha de nacimiento: 6 – 05 - 2012

Dirección: Spmz 4 Mz 12 Cs 8 La Madrid etapa 5 Teléfono: 3202163240

Diagnóstico clínico Distrofia Muscular

EPS Cajacopi Subsidiada x Contributiva

Categoría SISBEN A5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Patricia Cuesta

Tipo y No de documento: 23424261

Parentesco: Madre Teléfono: 3202163240

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 lenguaje verbal funcional y adecuada capacidad de seguimiento de instrucciones. Se evidencian limitaciones en la movilidad asociadas a su diagnóstico, aunque mantiene marcha independiente y funcional para su desplazamiento. Asimismo, exhibe competencias adaptativas consolidadas en actividades básicas de la vida diaria, con un nivel de autonomía acorde a su edad y necesidades. En consideración de su perfil comunicativo, motor y adaptativo, se determina que es 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: 31 de 60

Remisión No. 31

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: José Alejandro Bermúdez

Tipo y No de documento: T.I 1034789331

Edad: 9 años Fecha de nacimiento: 11/03/2016

Dirección: Cra 33A 15 - 62 Ceiba Teléfono: 322 2780150

Diagnóstico clínico: Retardo del Desarrollo

EPS: Capital Salud Subsidiada x Contributiva

Categoría SISBEN: A5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Yuri Amanda Barrera

Tipo y No de documento: 53075706

Parentesco: Madre Teléfono: 322 2780150

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Hg Angelica Hdz 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 apropiado, demuestra adecuada capacidad para el seguimiento de instrucciones, mantiene control de esfínteres y evidencia competencias de autonomía en actividades básicas de la vida diaria. Estas características reflejan un nivel de funcionalidad y adaptación favorable, por lo que 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: 32 de 60

Remisión No. 32

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: Yesica Alejandra Acosta Rey

Tipo y No de documento: T.I 1072718957

Edad: 17 años Fecha de nacimiento: 16/06/2008

Dirección: Calle sur 54 sur 45 – 07 Porfía Teléfono: 3204933761

Diagnóstico clínico Síndrome de Down

EPS Famisanar Subsidiada x Contributiva

Categoría SISBEN B5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Olga Lucia Velásquez Amado

Tipo y No de documento: 40387270

Parentesco: Madre Teléfono: 3057705908

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angelica Hdz 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 presenta lenguaje verbal funcional, aunque evidencia dificultades en el seguimiento de instrucciones y baja tolerancia a la frustración, aspectos que requieren acompañamiento y apoyo psicoeducativo. Sin embargo, demuestra competencias consolidadas de autonomía en actividades básicas de la vida diaria, lo que favorece su desenvolvimiento y adaptación. En consideración de estas características, se concluye que es apta para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 33

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: Gimena Cáceres Muñoz

Tipo y No de documento: T.I 1025074046

Edad: 10 años Fecha de nacimiento: 7/10/2014

Dirección: Cancelación Santa Ana lote 4 Teléfono: 3043633032

Diagnóstico clínico Síndrome Down

EPS Nueva EPS Subsidiada x Contributiva

Categoría SISBEN B1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Patricia Muñoz Hernández

Tipo y No de documento: C.C 52440273

Parentesco: Madre Teléfono: 3043633032

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

La beneficiaria emite algunas palabras de manera funcional y demuestra capacidad para seguir instrucciones. Presenta baja tolerancia a la frustración, aunque evidencia adecuado control de impulsos, lo que contribuye a su estabilidad conductual. Sus características adaptativas 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

Remisión No. 34

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 David Cañón Chala

Tipo y No de documento: T.I 1123437298

Edad: 17 años Fecha de nacimiento: 27/06/2008

Dirección: Mz D casa 15 Teléfono: 3203334510

Diagnóstico clínico: Síndrome Down

EPS: Nueva EPS Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN: A3

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: María Doris Chala

Tipo y No de documento: C.C 40376470

Parentesco: Madre Teléfono: 3203334510

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Hg 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 emite algunas palabras de manera funcional y demuestra capacidad para seguir instrucciones. Presenta baja tolerancia a la frustración, aunque evidencia adecuado control de impulsos y facilidad para socializar, lo que favorece su integración en entornos grupales. Sus características adaptativas permiten concluir que es 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: 35 de 60

Remisión No. 35

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: Delcy Damara Chávez Cuy

Tipo y No de documento: T.I 1029992497

Edad: 15 años Fecha de nacimiento: 25/11/2010

Dirección: Cll 53 sur 36 - 35 Teléfono: 3132967965

Diagnóstico clínico Trisomía parcial cromosoma 15

EPS Salud Total Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN B2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Yamila Edilsa Cuy

Tipo y No de documento: C.C 1121830870

Parentesco: Madre Teléfono: 3132967965

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Lic Angelica Hdz 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 presenta lenguaje verbal funcional y adecuada capacidad para seguir instrucciones. Debido a su diagnóstico, no ha consolidado el control de esfínteres, por lo que requiere el uso de pañal; sin embargo, evidencia autonomía para realizar el cambio del mismo y desenvolverse en otras actividades básicas de la vida diaria. En atención a 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: 36 de 60

Remisión No. 36

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: Daniel Díaz Flórez

Tipo y No de documento: T.I 1123446526

Edad: 10 años Fecha de nacimiento: 25/03/2015

Dirección: Cll 22 sur # 57A - 24 Teléfono: 3204561169

Diagnóstico clínico: Retraso mental moderado

EPS: Capital Salud Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN: A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Viviana Flórez

Tipo y No de documento: C.C 1121853822

Parentesco: Madre Teléfono: 3204561169

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Díaz 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 control de esfínteres y, aunque no emite palabras, utiliza medios alternativos de comunicación de manera efectiva, logrando expresar sus necesidades e interactuar adecuadamente con su entorno. Además, evidencia competencias consolidadas en labores de autonomía y muestra adecuada capacidad de adaptación a diversos contextos. En consideración de estas características, se determina que es 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: 37 de 60

Remisión No. 37

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: Juan David Díaz Flórez

Tipo y No de documento: T.I 1122933784

Edad: 11 años Fecha de nacimiento: 16/11/2013

Dirección: Cll 22 sur # 57A - 24 Teléfono: 3204561169

Diagnóstico clínico: Mielomeningocele e hidrocefalia

EPS: Capital Salud Subsidiada X Contributiva ____

Categoría SISBEN: A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Viviana Flórez

Tipo y No de documento: C.C 1121853822

Parentesco: Madre Teléfono: 3204561169

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angela Peña 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 fluido y funcional. No ha consolidado el control de esfínteres debido a su diagnóstico; sin embargo, evidencia autonomía para realizar el cambio de pañal de manera independiente. Presenta dificultades en la movilidad, aunque mantiene competencias adaptativas que le permiten desenvolverse en su entorno. Asimismo, demuestra habilidades de autonomía acordes a su edad y necesidades. En atención a estas características, se concluye que es 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: 38 de 60

Remisión No. 38

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: Maicol Andrés Díaz Flórez

Tipo y No de documento: T.I 1206963068

Edad: 14 años Fecha de nacimiento: 10/04/2011

Dirección: Cll 22 sur # 57A - 24 Teléfono: 3204561169

Diagnóstico clínico: Trastorno moderado en el aprendizaje

EPS: Capital Salud Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN: A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Viviana Flórez

Tipo y No de documento: C.C 1121853822

Parentesco: Madre Teléfono: 3204561169

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, competencias consolidadas en actividades de autonomía y facilidad para socializar, lo que favorece su integración en entornos grupales. Se evidencian baja tolerancia a la frustración e inquietud motora, aspectos que requieren acompañamiento y seguimiento. En consideración de sus habilidades adaptativas y comunicativas, se concluye que es 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: 39 de 60

Remisión No. 39

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: Domink Alexander Hurtado Ortiz

Tipo y No de documento: T.I 1234791315

Edad: 8 años Fecha de nacimiento: 13/04/2017

Dirección: Cll 69 sur 44 51 Teléfono: 3142660101

Diagnóstico clínico: Retraso mental moderado

EPS: Capital Salud Subsidiada X Contributiva

Categoría SISBEN: A5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Leidy Tatiana Ortiz Cardona

Tipo y No de documento: C.C 1121855527

Parentesco: Madre Teléfono: 3142660101

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Ing 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 y habilidades sociales que favorecen su interacción en diversos contextos. Demuestra pensamiento crítico, lo que le permite analizar situaciones y emitir juicios coherentes. Sin embargo, evidencia dificultad para seguir instrucciones de manera consistente, aspecto que requiere acompañamiento. En atención a sus competencias comunicativas, cognitivas y adaptativas, se considera apto para su ingreso a la Fundación.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma

Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 40

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: Ivone Valeria Méndez Gavilán

Tipo y No de documento: T.I 1123808479

Edad: 15 años Fecha de nacimiento: 21/05/2010

Dirección: Mz E casa 26 Teléfono: 3209824950

Diagnóstico clínico: Síndrome Down

EPS: Caja Copi Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN: B6

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Gladis Gavilán Rojas

Tipo y No de documento: C.C 65704587

Parentesco: Madre Teléfono: 3209824950

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 coherente, aunque con ciertas dificultades en la fluidez y estructuración de sus expresiones. Demuestra adecuada capacidad para seguir instrucciones y cuenta con competencias consolidadas en actividades de autonomía. Se evidencia baja tolerancia a la frustración, aspecto que requiere acompañamiento psicoeducativo. En consideración de sus características comunicativas, adaptativas y conductuales, se concluye que es 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: 41 de 60

Remisión No. 41

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: Katerin Dayana Morales Latorre

Tipo y No de documento: T.I 1123438051

Edad: 16 años Fecha de nacimiento: 21/01/2009

Dirección: Cll 19A #39-40 Teléfono: 3144159241

Diagnóstico clínico: Déficit cognitivo moderado

EPS: Caja Copi Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN: A4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Luz Driney Latorre Castro

Tipo y No de documento: C.C 52215868

Parentesco: Madre Teléfono: 3144159241

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

Se evidencia que la beneficiaria presenta dificultades de lenguaje, limitándose a monosílabos y utilizando señas como principal medio de comunicación. Muestra baja tolerancia a la frustración y dificultades para seguir instrucciones; sin embargo, ha desarrollado autonomía en actividades de autocuidado. Por lo anterior, se recomienda su aceptación en el programa de la Alcaldía ejecutado en nuestra institución para favorecer su inclusión y desarrollo integral.

¿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: 42 de 60

Remisión No. 42

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: Kevin Camilo Moreno Ruiz

Tipo y No de documento: T.I 1121899296

Edad: 14 años Fecha de nacimiento: 3/04/2011

Dirección: Smz 8 Mz 4 Cs 28 Teléfono: 3147990828

Diagnóstico clínico Síndrome Down

EPS Sanitas Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN B3

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Carmenza Ruiz Peña

Tipo y No de documento: C.C 29143651

Parentesco: Madre Teléfono: 3147990828

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Ardila 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

Se evidencia que el beneficiario no presenta lenguaje verbal, comunicándose por otros medios. Demuestra control de impulsos, sigue instrucciones y es autónomo en su cuidado personal. Por lo anterior, se recomienda u aceptación en el programa de la Alcaldía ejecutado en nuestra institución, con el fin de favorecer su inclusión y desarrollo integral.

¿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: 43 de 60

Remisión No. 43

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 Noriega Bohórquez

Tipo y No de documento: T.I 1122519000

Edad: 17 años Fecha de nacimiento: 27/06/2008

Dirección: Cll 25 D # 23 A - 97 Teléfono: 3105672274

Diagnóstico clínico: Déficit cognitivo y epilepsia

EPS: Salud Total Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN: B3

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Claudia Milena Bohórquez

Tipo y No de documento: C.C 40218057

Parentesco: Madre Teléfono: 3105672274

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

Se evidencia que el beneficiario se comunica verbalmente, posee habilidades de lectoescritura, identifica números y realiza conteo. Sigue instrucciones, controla impulsos y ha desarrollado autonomía en su cuidado personal. Por lo anterior, se recomienda su aceptación en el programa de la Alcaldía ejecutado en nuestra institución, para fortalecer su inclusión y desarrollo integral.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 44

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: Juan Guillermo Ortiz Correa

Tipo y No de documento: T.I 1029964589

Edad: 12 años Fecha de nacimiento: 29/11/2012

Dirección: Mz X Casa 14 Teléfono: 3133008210

Diagnóstico clínico Síndrome Down

EPS Salud Total Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Ligia Isney Correa García

Tipo y No de documento: C.C 40445209

Parentesco: Madre Teléfono: 3133008210

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mg Angela Patricia 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

Se identifica que el beneficiario presenta ausencia de lenguaje verbal funcional, adecuada comprensión de órdenes simples y autonomía en actividades básicas de autocuidado. Se evidencian conductas exploratorias acordes a su etapa de desarrollo, aunque con limitada percepción del contexto. En razón a lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de la Alcaldía ejecutado en nuestra institución, a fin de fortalecer su inclusión y promover su desarrollo integral.

¿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: 45 de 60

Remisión No. 45

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: Elian David Pérez Tolosa

Tipo y No de documento: T.I 1122528023

Edad: 12 años Fecha de nacimiento: 21/05/2013

Dirección: Cra 39A #22A - 73 Teléfono: 3144509064

Diagnóstico clínico: Síndrome Down

EPS: Sanitas Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN: B4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Deicy Tolosa

Tipo y No de documento: C.C 35261436

Parentesco: Madre Teléfono: 3144509064

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

Se evidencia que el beneficiario presenta adecuada comprensión de órdenes simples y control de impulsos, aunque no cuenta con lenguaje verbal funcional. Refiere dificultades en la deglución asociadas a una condición física. En razón a lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de la Alcaldía ejecutado en nuestra institución, para favorecer su inclusión y fortalecer su desarrollo integral.

¿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: 46 de 60

Remisión No. 46

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: Miguel Ángel Pinzón Díaz

Tipo y No de documento: T.I 1024502186

Edad: 17 años Fecha de nacimiento: 3/03/2008

Dirección: Mz J Casa 3 Teléfono: 3115570515

Diagnóstico clínico: Autismo

EPS: Capital Salud Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN: B1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Esperanza Pinzón

Tipo y No de documento: C.C 51893494

Parentesco: Madre Teléfono: 3115570515

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

Se identifica que el beneficiario no cuenta con lenguaje verbal funcional, presenta adecuada comprensión de órdenes simples y requiere supervisión parcial en el uso del baño. Las demás actividades de autocuidado y autonomía las realiza de manera independiente. En razón a lo anterior, se recomienda su vinculación al programa ejecutado en nuestra institución, con el fin de fortalecer su inclusión y promover su desarrollo integral.

¿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: 47 de 60

Remisión No. 47

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: Sara Valentina Quevedo Arias

Tipo y No de documento: T.I

Edad: 11 años Fecha de nacimiento: 26/08/2014

Dirección: Calle 22 40 C 44 Teléfono: 3246262818

Diagnóstico clínico Epilepsia y síndromes epilépticos

EPS Famisanar Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN A1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Julieth Carolina Arias Pedraza

Tipo y No de documento: C.C 53135261

Parentesco: Madre Teléfono: 3246262818

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

Se evidencia que la beneficiaria cuenta con lenguaje verbal funcional y presenta limitaciones de movilidad en una mano asociadas a su diagnóstico. Se observan dificultades en el seguimiento de instrucciones y hábitos alimenticios; no obstante, ha desarrollado autonomía en actividades básicas de autocuidado. En razón a lo anterior, se recomienda su vinculación al programa ejecutado en nuestra institución, a fin de fortalecer su inclusión y desarrollo integral.

¿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: 48 de 60

Remisión No. 48

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: Jonathan Andrés Quinchuqua Reyes

Tipo y No de documento: T.I 1121922674

Edad: 12 años Fecha de nacimiento: 3/05/2013

Dirección: Mz E Casa 11 Teléfono: 3116350141

Diagnóstico clínico Déficit cognitivo

EPS Caja Copi Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN B1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Olga Marcela Quinchuqua Reyes

Tipo y No de documento: C.C 1121887685

Parentesco: Madre Teléfono: 3116350141

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

Se identifica que el beneficiario no cuenta con lenguaje verbal funcional, muestra disposición servicial y reconoce figuras de autoridad. Presenta dificultades en el seguimiento de instrucciones y en los hábitos de higiene relacionados con el autocuidado. En razón a lo anterior, se recomienda su vinculación al programa ejecutado en nuestra institución, para favorecer su inclusión y desarrollo integral.

¿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: 49 de 60

Remisión No. 49

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: Juan Diego Ramos Perilla

Tipo y No de documento: T.I 1029963477

Edad: 13 años Fecha de nacimiento: 4/03/2012

Dirección: Cra 33 A #16-26 Teléfono: 3114796859

Diagnóstico clínico Síndrome Down

EPS Nueva EPS Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN B2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Anayiber Perilla

Tipo y No de documento: C.C 40390918

Parentesco: Madre Teléfono: 3114796859

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

Se evidencia que el beneficiario no cuenta con lenguaje verbal funcional, se alimenta de manera independiente, sigue instrucciones y presenta adecuada tolerancia a la frustración. Requiere apoyo en procesos de higiene y autocuidado. En razón a lo anterior, se recomienda su vinculación al programa ejecutado en nuestra institución, con el propósito de fortalecer su inclusión y desarrollo integral.

¿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: 50 de 60

Remisión No. 50

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: Meisson David Ruiz Cortés

Tipo y No de documento: T.I 1230341110

Edad: 9 años Fecha de nacimiento: 9/09/2015

Dirección: Mz Q Cs 34 Teléfono: 3155085673

Diagnóstico clínico Apnea del sueño

EPS Capital Salud Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN A5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Farid Ruiz Cortés

Tipo y No de documento: C.C 28977807

Parentesco: Madre Teléfono: 3155085673

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

Se evidencia que el beneficiario no cuenta con lenguaje verbal funcional, pero se comunica por otros medios. Se alimenta de manera independiente, sigue instrucciones, es sociable y presenta adecuada tolerancia a la frustración. Requiere apoyo en procesos de higiene y autocuidado. En razón a lo anterior, se recomienda su al programa ejecutado en nuestra institución, con el propósito de fortalecer su inclusión y desarrollo integral.

¿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: 51 de 60

Remisión No. 51

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: Jhon Alexander González Castellanos

Tipo y No de documento: T.I 1075668695

Edad: 14 años Fecha de nacimiento: 25/12/2010

Dirección: Cra 55 22 C Sur BIS 10 Teléfono: 3229033440

Diagnóstico clínico: Retraso mental moderado

EPS: Capital Salud Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN: A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Yully Paola Castellanos Rodríguez

Tipo y No de documento: C.C 1075666596

Parentesco: Madre Teléfono: 3229033440

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

Se evidencia que el beneficiario presenta lenguaje verbal funcional, adecuada comprensión de órdenes simples, control de impulsos y autonomía en actividades básicas de autocuidado. No ha logrado acceder a procesos de escolarización formal debido a su condición de discapacidad. En concordancia con lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de nuestra institución, con el fin de favorecer su inclusión social y potenciar su desarrollo integral.

¿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: 52 de 60

Remisión No. 52

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: Andrea Torres

Tipo y No de documento: T.I 1148950827

Edad: 12 años Fecha de nacimiento: 9/11/2012

Dirección: Cll 24 #34 - 66 Teléfono: 3124099438

Diagnóstico clínico: Déficit cognitivo moderado

EPS: Capital Salud Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN: C4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Lila Cortes

Tipo y No de documento: C.C 40372247

Parentesco: Cuidadora Teléfono: 3124099438

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

Se identifica que la beneficiaria no cuenta con lenguaje verbal funcional, pero logra comunicarse por otros medios. Presenta adecuada comprensión de órdenes simples, autonomía en actividades básicas de autocuidado y reside con madre sustituta, quien brinda acompañamiento y apoyo en su proceso. En concordancia con lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de nuestra institución para fortalecer su inclusión y desarrollo integral.

¿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: 53 de 60

Remisión No. 53

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 Santiago Veleziano Romero

Tipo y No de documento: T.I 1029995696

Edad: 13 años Fecha de nacimiento: 16/03/2012

Dirección: Cra 41 Este 16 B Sur 45 Apto 405 Teléfono: 3209242275

Diagnóstico clínico Autismo

EPS Famisanar Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN B4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Laura Angélica Romero Rojas

Tipo y No de documento: C.C 40332093

Parentesco: Madre Teléfono: 3209242275

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

se evidencia que el beneficiario presenta lenguaje verbal funcional limitado, expresándose principalmente con personas de confianza. De acuerdo con su diagnóstico, requiere fortalecer habilidades sociales para ampliar sus interacciones. Presenta procesos de autonomía en actividades básicas de autocuidado y adecuada comprensión de órdenes simples. En concordancia con lo anterior, se recomienda su vinculación al programa de nuestra institución para favorecer su inclusión y desarrollo integral.

¿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: 54 de 60

Remisión No. 54

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: Saiyan Valeria Martínez Rodríguez

Tipo y No de documento: T.I 1120584985

Edad: 7 años Fecha de nacimiento: 11/04/2018

Dirección: Casa 13 Teléfono: 3134572114

Diagnóstico clínico: Otros trastornos del desarrollo del habla y lenguaje

EPS: Nueva EPS Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN: A4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Laura Lorena Rodríguez Valencia

Tipo y No de documento: C.C 1006981308

Parentesco: Madre Teléfono: 3134572114

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

Se identifica que la beneficiaria no cuenta con lenguaje verbal funcional, pero logra comunicarse por otros medios. Presenta adecuada comprensión de órdenes simples, autonomía en actividades básicas de autocuidado y participa en actividades de trabajo en mesa. En concordancia con lo anterior, se recomienda su vinculación al programa de nuestra institución para potenciar su desarrollo integral e inclusión social.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Henry Cucaita

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: 55 de 60

Remisión No. 55

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: Juan Felipe Barreto Navarro

Tipo y No de documento: T.I 1121886336

Edad: 15 años Fecha de nacimiento: 2/02/2010

Dirección: Cra 18A # 38 - 87 Teléfono: 3116528032

Diagnóstico clínico Síndrome Down

EPS Subsidiada Contributiva

Categoría SISBEN A4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: María Mercedes Navarro Tovar

Tipo y No de documento: C.C 52204247

Parentesco: Madre Teléfono: 3116528032

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

Se evidencia que el beneficiario no cuenta con lenguaje verbal funcional, pero se comunica por otros medios. Presenta adecuada comprensión de órdenes simples, control de impulsos, autonomía en actividades básicas de autocuidado y dificultades en el desarrollo de actividades de trabajo en mesa. En concordancia con lo anterior, se recomienda su vinculación al programa de nuestra institución para favorecer su desarrollo integral e inclusión social.

¿Se aprueba el cupo? Si X No

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado

Remisión No. 56

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: Karen Liced Gacha Ávila

Tipo y No de documento: T.I 1123436879

Edad: 17 años Fecha de nacimiento: 24/01/2008

Dirección: Manzana A Cs 8 Teléfono: 3138656065

Diagnóstico clínico Síndrome de Williams

EPS Caja Copi Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN B5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Lina Marcela Yanguma

Tipo y No de documento: C.C 40691396

Parentesco: Madrastra Teléfono: 3138656065

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Mª Angélica Hdz 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

Se identifica que la beneficiaria presenta lenguaje verbal funcional, adecuada interacción social, seguimiento de órdenes simples, control de impulsos y tolerancia a la frustración. Es autónoma en actividades básicas de autocuidado, evidenciando un nivel de independencia acorde a su desarrollo. En concordancia con lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de nuestra institución para fortalecer procesos adaptativos, inclusión social y desarrollo integral.

¿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: 57 de 60

Remisión No. 57

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 Sneider Góngora

Tipo y No de documento: T.I 1121909149

Edad: 13 años Fecha de nacimiento: 18/12/2011

Dirección: Calle 62 # 46A-21 Teléfono: 3142861703

Diagnóstico clínico Catarata congénita

EPS Caja Copi Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN B4

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: María Patricia Góngora

Tipo y No de documento: C.C 65699340

Parentesco: Tía Teléfono: 3142861703

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

Se evidencia que el beneficiario presenta dificultad visual, cuenta con lenguaje verbal funcional, adecuada Comprensión de instrucciones y participación en actividades de trabajo en mesa. No requiere apoyo para su movilidad y es autónomo en actividades básicas de autocuidado. En concordancia con lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de nuestra institución para fortalecer procesos adaptativos, inclusión social y desarrollo integral.

¿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: 58 de 60

Remisión No. 58

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: Nataly Castaño Fernández

Tipo y No de documento: T.I 1090278448

Edad: 12 años Fecha de nacimiento: 18/05/2013

Dirección: Conjunto Ciudad Milenio Etapa 4 Torre 7-304 Teléfono: 3203076956

Diagnóstico clínico Síndrome Down

EPS Capital Salud Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN B1

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: María Edelmira Fernández

Tipo y No de documento: C.C 33816360

Parentesco: Madre Teléfono: 3203076956

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

Se evidencia que la beneficiaria presenta ausencia de lenguaje verbal funcional, limitaciones en la identificación de situaciones de riesgo, adecuada comprensión de órdenes simples y autonomía en actividades básicas de autocuidado. En concordancia con lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de nuestra institución para favorecer procesos de inclusión social, fortalecer habilidades adaptativas y potenciar su desarrollo integral.

¿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: 59 de 60

Remisión No. 59

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: Juan José González Rodas

Tipo y No de documento: T.I 1121962100

Edad: 8 años Fecha de nacimiento: 17/03/2017

Dirección: Calle 10 # 26 A 63 Teléfono: 3202087687

Diagnóstico clínico Retraso psicomotor severo

EPS Caja Copi Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN A5

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Milena Rodas Parrado

Tipo y No de documento: C.C 1121898664

Parentesco: Madre Teléfono: 3202087687

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

Se identifica que el beneficiario cuenta con lenguaje verbal funcional, participa en actividades de trabajo en mesa, presenta habilidades consolidadas de autocuidado, adecuada comprensión de instrucciones y control de impulsos. En concordancia con lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de nuestra institución para fortalecer procesos adaptativos, inclusión social y desarrollo integral.

¿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: 60 de 60

Remisión No. 60

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: Christofer Matías Valderrama Castillo

Tipo y No de documento: T.I 1121922975

Edad: 11 años Fecha de nacimiento: 10/01/2014

Dirección: Cll 38A # 17- 63 este Teléfono: 3214945837

Diagnóstico clínico Autismo

EPS Capital Salud Subsidiada ____ Contributiva ____

Categoría SISBEN A2

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre completo: Martha Camacho

Tipo y No de documento: C.C 40397128

Parentesco: Madrastra Teléfono: 3214945837

Director(a) de Grupos de Especial Protección

Lp Angelica Ardila 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

Se evidencia que el beneficiario cuenta con lenguaje verbal funcional, adecuada comprensión de instrucciones, control de impulsos y reconocimiento de figuras de autoridad. En concordancia con lo anterior, se considera pertinente su vinculación al programa de nuestra institución para fortalecer procesos adaptativos, inclusión social y desarrollo integral.

¿Se aprueba el cupo? Si X No ____

Firma
Nombre:
Representante Legal Centro de Atención Especializado