| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>SEGUIMIENTO AL PLAN DE ARTICULACIÓN<br>HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR (HCB) | GRUPO LIBERTAD | Versión 1<br><br>Página 1 de 2 |
|---|---|---|---|

| SEGUIMIENTO Nº 4 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** MAYO 27 · 2026 | DIA 27 | MES 05 | 2026 | |
| **Regional/Departamento:** HUILA | **Municipio:** LA PLATA | | | |
| **Centro zonal:** LA PLATA. | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ICBF. | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 705 | | | |
| **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que realiza el seguimiento:** Yolanda Gonzalez V. | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3212368261 | | | |

| TEMAS O ASPECTOS PARA HACER SEGUIMIENTO AL PLAN DE ARTICULACION INSTERINSTITUCIONAL | Marque con una X según la respuesta que corresponda | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | No se está haciendo o no aplica |
| **1. GESTIÓN INSTITUCIONAL:** (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). | | | |
| A. ¿Se enviaron oficios a las entidades priorizadas? | SI | | |
| B. ¿Se recibió respuesta de las entidades invitadas? | | NO | |
| C. ¿Se concretaron acciones conjuntas? | | | NA. |
| D. ¿Se cumplió el cronograma establecido? | | NO | |
| E. ¿Se dejaron actas o evidencias de las actividades? | | | NA |
| **2. PARTICIPACIÓN FAMILIAR:** (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). | | | |
| A. ¿Las familias fueron informadas oportunamente? | | | NA |
| B. ¿Hubo asistencia significativa de las familias? | | | NA |
| C. ¿Las familias participaron activamente? | | | NA |
| **3. IMPACTO DE LAS ACCIONES:** (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). | | | |
| A. ¿Las acciones respondieron a necesidades reales? | | | NA |
| B. ¿Se facilitó el acceso a servicios institucionales? | | | N.A |
| C. ¿Se evidencian beneficios para las niñas y los niños? | | | NA |

PUBLICA



Scanned with CamScanner
Powered by CamScanner

| 4. DIFICULTADES Y MEJORAS |
|---|
| **DIFICULTADES PRESENTADAS:**<br>No se Realizo la articulacion solicitada con la I.E. villa de los Andes enfocada en promocion del Buen trato y fortalecimiento de vinculos afectivos. |
| **ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS:**<br>Nos encontramos en espera de una positiva Respuesta. |
| **NUEVAS ENTIDADES A VINCULAR:**<br>S. san sebastian. Nuestra Señora del Carmen cl Belen H. |
| **FIRMA PADRE/MADRE COMUNITARIA:** Yolanda Gonzalez. |

PÚBLICA



Scanned with
Powered by CamScanner