

## ACUERDO INDIVIDUAL DE MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, me comprometo a cumplir con los siguientes consensos que apliquen en mi condición de contratista del ICBF:

### 1. Cuenta de Usuario y Contraseña de los Sistemas de Información del ICBF

- 1.1 Mi usuario y contraseña serán emitidos y comunicados en línea de acuerdo con los procedimientos del ICBF.
- 1.2 Cambiaré mi contraseña temporal inicial inmediatamente después de recibida y al realizar el primer inicio de sesión.
- 1.3 Seleccionaré y usaré una contraseña de al menos 8 alfanuméricos de acuerdo con los requerimientos definidos por la Dirección de Información y Tecnología (Usar mínimo una letra mayúscula y una minúscula, mínimo un dígito y un carácter especial (# \$ @% ^ & + = \*) y no haré uso de: nombres, fechas de nacimiento, números de teléfonos, palabras del diccionario y números o letras repetidas consecutivas.
- 1.4 Mantendré mi contraseña secreta, bajo ninguna condición la divulgaré, no la compartiré con nadie de forma verbal ni escrita, ni la dejaré en un lugar donde pueda ser registrada o grabada, por lo que me haré responsable de todas las actividades realizadas con mi cuenta asignada.
- 1.5 Cambiaré mi contraseña por lo menos una vez cada 35 días o más frecuentemente si tengo evidencia de que ha habido un evento donde quedó comprometida la seguridad del sistema o activo informático.
- 1.6 Reportare a tiempo a la mesa de servicios del ICBF cualquier incidente de seguridad que se presente con mi cuenta de usuario.

### 2. Políticas de uso y reproducción de la información del ICBF.

- 2.1 Tomaré las precauciones necesarias para que nadie acceda a mi sesión de trabajo cuando no me encuentre; para lo cual, en cada oportunidad que deba ausentarme del puesto de trabajo bloquearé la estación; cuando finalice mis labores o por alguna otra circunstancia deba abandonar el edificio apagaré el equipo (CPU y monitor).
- 2.2 Cumpliré los requisitos legales y reglamentarios relacionados con las políticas de privacidad y protección de datos, por lo tanto, no emitiré copias, ni divulgaré o emplearé indebidamente, ni reproduciré por medio alguno la información contenida en los aplicativos del ICBF, salvo los casos en que expresamente el personal vinculado con la Entidad esté facultado para ello.
- 2.3 No divulgaré o emplearé el contenido de un documento que deba permanecer en reserva, de acuerdo con el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009.
- 2.4 No olvidare o dejaré documentos, memorias USB, CD's o DVD's, que contengan información confidencial de los niños, Niñas, Adolescentes, Beneficiarios, funcionarios y/o sistemas de información del ICBF o encima de escritorios de trabajo o en lugares que no estén protegidos contra el uso inadecuado de la misma.
- 2.5 No divulgaré, venderé o distribuiré sin autorización la información de los Niños, Niñas, Adolescente y/o beneficiarios del ICBF.

El presente acuerdo se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

<b>Firma:</b>	
<b>Nombre del usuario:</b>	
<b>CC. No.</b>	
<b>Entidad y/o Empresa:</b>	
<b>Dependencia:</b>	
<b>Cargo que desempeña:</b>	
<b>Retiro o terminación de contrato:</b>	<b>día/mes/año</b>
<b>Municipio:</b>	
<b>Departamento:</b>	
<b>Datos de Contacto:</b>	<b>Teléfono:</b>
	<b>Email:</b>

ESTADO INICIAL DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS

Regional	
Municipio	
Nombre del Operador	

ART.	DERECHO	PREGUNTA	RESPUESTA											
17	A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO	¿LA VIVIENDA EN LA QUE VIVES CUENTA CON LUZ?	SI	NO										
		¿EN TU VIVIENDA EL AGUA ES APTA PARA EL CONSUMO?	SI	NO										
18	A LA INTEGRIDAD PERSONAL	¿USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA GOLPES, MORETONES O CUALQUIER OTRO RASGO DE MALTRATO FISICO?	SI	NO										
		EN CASO DE EVIDENCIARLOS, ¿SE DETERMINA QUE ESTE HECHO OCURRE AL INTERIOR DE LA FAMILIA?	SI	NO	¿Por qué?									
20	A LA PROTECCIÓN	¿USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA ALGÚN SIGNO DE NEGLIGENCIA O ABANDONO DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE ?	SI	NO										
		¿USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA QUE EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE ES UTILIZADO POR LOS PADRES O CUIDADORES PARA LA ACTIVIDAD DE MENDICIDAD?	SI	NO										
		¿USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA QUE EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, TABACO, ESTUPEFACIENTES O ALCOHOLICAS ?	SI	NO										
		¿USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA QUE EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE ES UTILIZADO PARA EL TRAFICO, DISTRIBUCIÓN, COMERCIALIZACIÓN, PRODUCCIÓN, RECOLECCIÓN O PROMOCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?	SI	NO										
		¿USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA QUE EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE ES UTILIZADO POR PARTE DE LOS GRUPOS ARMADOS ORGANIZADOS AL MARGEN DE LA LEY?	SI	NO										
		¿USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA UN PRESUNTO ABUSO SEXUAL EN EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE?	SI	NO										
		¿ EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE MANIFIESTA VERBALMENTE ALGUNA SITUACIÓN QUE HAGA PENSAR EN QUE TIENE UN PRESUNTO ABUSO SEXUAL?	SI	NO										
		¿USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA QUE EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VIDA EN CALLE?	SI	NO										
		¿ USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA LA VINCULACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTES A TRABAJO INFANTIL?	SI	NO										
		¿ USTED COMO PROMOTOR EVIDENCIA QUE EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE ES VÍCTIMA DE VIOLENCIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR?	SI	NO										
¿ EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE SE ENCUENTRA EN PROCESO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS?	SI	NO												
22	A TENER UNA FAMILIA Y A NO SER SEPARADA DE ELLA	¿VIVES CON TU FAMILIA?	SI	NO										
24	A LA ALIMENTACION	¿EN LA ULTIMA SEMANA HAS DESAYUNADO?	A) TODOS LOS DIAS	B) AL MENOS UN DIA	C) NINGUN DIA									
		¿EN LA ULTIMA SEMANA HAS ALMORZADO?	A) TODOS LOS DIAS	B) AL MENOS UN DIA	C) NINGUN DIA									
		¿EN LA ULTIMA SEMANA HAS CENADO O COMIDO?	A) TODOS LOS DIAS	B) AL MENOS UN DIA	C) NINGUN DIA									
		¿ A PESAR DE RECIBIR ALIMENTACIÓN EN TU CASA, CON FRECUENCIA SIENTES HAMBRE?	SI	NO										
25	A LA IDENTIDAD	¿RECIBES ALIMENTACIÓN EN TU INSTITUCIÓN EDUCATIVA?	SI	NO										
		¿CUENTAS CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD?	SI	NO										
		¿TE ENCUENTRAS AFILIADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?	SI - REGIMEN CONTRIBUTIVO	SI - REGIMEN SUBSIDIADO	NO									







**INFORME MENSUAL****Nombre del operador:****Departamento de operación:****Mes de operación:****Informe x de x**

a. Explique y describa las acciones que se han desarrollado para dar cumplimiento a los objetivos del programa. Tenga presente los aspectos a destacar que han facilitado o dificultado el desarrollo del programa, según la etapa de operación.

<b>Etapa</b>	<b>Actividades Realizadas</b>	<b>Resultados Logrados</b>
<b>1. Periodo de alistamiento,</b>		
<b>2. Búsqueda activa y convocatoria de Niños, Niñas y Adolescentes</b>		
<b>3. Módulo de Formación y Participación -Desarrollo de los encuentros vivenciales</b>		
<b>4. Diagnóstico de derechos de los niños, niñas y adolescentes</b>		
<b>5. Gestión y coordinación interinstitucional y social para la garantía y el restablecimiento de los derechos</b>		
<b>6. Dinamización de redes sociales de los niños, adolescentes y familias</b>		
<b>7. Elaboración del Proyecto de vida de los NNA</b>		
<b>8. Otros</b>		

b. Si se han presentado logros y experiencias destacables de los participantes como resultado del Programa, describalos uno a uno y soportelos con evidencias fotográficas.

c. Indique cuáles son los aspectos a mejorar para lograr una cada vez mejor articulación con la dirección regional del ICBF.

d. Describa observaciones adicionales sobre el desarrollo del Programa en caso de que se presenten





**MAPA DE ACTORES**

<b>Nombre del operador</b>	
<b>Regional</b>	

<b>ENTIDADES</b>	<b>MARCAR OPCIÓN (SI/NO )</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS DE UN CONTACTO EN LA ENTIDAD</b>	<b>CARGO DEL CONTACTO</b>	<b>TELÉFONO MÓVIL O FIJO</b>
AGENCIA NACIONAL PARA LA SUPERACION DE LA POBREZA EXTREMA -ANSPE					
CABILDO INDIGENA					
CONSEJO COMUNITARIO					
COLDEPORTES, SECRETARIA DE DEPORTES, O SECRETARIA DE RECREACIÓN					
COLOMBIA JOVEN					
SECRETARIA DE JUVENTUD					
DEFENSORIA DEL PUEBLO MUNICIPAL					
DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL					
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE CONSOLIDACIÓN TERRITORIAL					
ICBF SEDE NACIONAL					
ICBF REGIONAL					
ICBF CENTRO ZONAL					
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD					
INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD					
INSTITUTO NACIONAL MEDICINA LEGAL					
INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD					
OTRA SECRETARÍA MUNICIPAL					
PERSONERIA MUNICIPAL					
POLICIA NACIONAL					
REGISTRADURIA MUNICIPAL					
SECRETARÍA DE BIENESTAR/DESARROLLO/INTEGRACIÓN SOCIAL MUNICIPAL					
SECRETARÍA DE BIENESTAR/DESARROLLO/INTEGRACIÓN SOCIAL DEPARTAMENTAL					
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL					
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL					
SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL					
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL					
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL					
DEFENSORÍA DE FAMILIA					
COMISARÍA DE FAMILIA					
INSPECCIÓN DE POLICIA					
CASA DE LA CULTURA					
CASAS DE GOBIERNO					
UNIDAD DE VÍCTIMAS					
FISCALIA					
PERSONERIA MUNICIPAL					
OTRAS - CUÁLES					

MAPA DE RIESGOS

<b>Nombre del operador</b>	
<b>Regional</b>	

RIESGO	PROBABILIDAD			IMPACTO			OBSERVACIONES
	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTO	MEDIO	BAJO	
<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>							
Embarazo adolescente							
Explotación sexual comercial:							
Prostitución.							
Pornografía.							
Trata de Personas							
<b>EDUCACIÓN</b>							
Oferta limitada de establecimientos educativos para niños, niñas y adolescentes							
<b>SALUD</b>							
Oferta limitada de servicios de salud:							
Infraestructura							
Recurso humano							
Medicamentos							
<b>CONFLICTO ARMADO</b>							
Reclutamiento forzado y utilización							
Desplazamiento forzado							
Minas antipersona							
Cultivos ilícitos							
Minería ilegal							
<b>COMUNIDAD</b>							
Peores formas de trabajo infantil							
Minería.							
Agricultura							

Mecánica							
Manipulación de productos químicos.							
Construcción.							
Pobreza Extrema							
<b>CULTURAL</b>							
Discriminación por razones étnicas							
Discriminación por razones religiosas							
<b>NATURAL</b>							
Desastres naturales o situación de emergencia							
<b>Otros</b>							
Describa el riesgo							







**REGISTRO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTE PARTICIPANTES**

	<b>Regional</b>		
	<b>Municipio</b>		
	<b>Nombre del Operador</b>		
<b>INFORMACIÓN ICBF</b>	MODALIDAD		
	NOMBRE DE LA REGIONAL		
	NOMBRE DEL CENTRO ZONAL		
<b>INFORMACION DEL OPERADOR</b>	NOMBRE DE LA ENTIDAD CONTRATISTA		
	TIPO DE DOCUMENTO		
	NUMERO DEL DOCUMENTO		
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROMOTOR DE DERECHOS		
<b>INFORMACIÓN BASICA DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE</b>	PRIMER NOMBRE DEL PARTICIPANTE		
	SEGUNDO NOMBRE DEL PARTICIPANTE		
	PRIMER APELLIDO DEL PARTICIPANTE		
	SEGUNDO APELIDO DEL PARTICIPANTE		
	SEXO DEL PARTICIPANTE		
	PAÍS DE NACIMIENTO DEL PARTICIPANTE		
	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO DEL PARTICIPANTE		
	MUNICIPIO DE NACIMIENTO DEL PARTICIPANTE		
	FECHA DE NACIMIENTO DEL PARTICIPANTE		
	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PARTICIPANTE		
	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PARTICIPANTE		
	DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE		
	MUNICIPIO/DISTRITO DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE		
	ZONA DE UBICACIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE	CABECERA	RESTO
	BARRIO DE RESIDENCIA		
	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE		
	NUMERO TELEFONICO DEL PARTICIPANTE		
	EL PARTICIPANTE SE AUTORECONOCE COMO PARTE DE ALGÚN GRUPO ÉTNICO		
	CUAL GRUPO ÉTNICO?		
	¿EL PARTICIPANTE PRESENTA DISCAPACIDAD?		
	SE LE HA APLICADO EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD?		
	¿EL PARTICIPANTE SE CONSIDERA VÍCTIMA DEL CONFLICTO?		
	LA NIÑA O ADOLESCENTE SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO?		
¿ EL NIÑO O NIÑA CUENTA CON EL PERMISO DE SUS PADRES O CUIDADORES PARA ASISTIR AL PROGRAMA?			









Imagen institucional de la entidad

Lugar  
Fecha

Señores  
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF**  
Ciudad

**Asunto:** Representante de seguridad y salud laboral

De manera atenta me permito informar que la persona encargada de la Seguridad y la Salud Laboral durante la ejecución del contrato para **(colocar el objeto contractual)**, es el (la) señor (a) **xxxxxxxxxxx**, identificado con la cedula de ciudadanía No **xxxx** de **xxxxxxxx**, **teléfono de contacto y correo electrónico**, quien estará al frente de la realización de todas las actividades contratadas por ustedes.

Agradezco la atención prestada a la presente.

Cordialmente,

(firma)  
Nombre  
Cedula  
Cargo



República de Colombia  
Departamento Administrativo para la Prosperidad Social  
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
Cecilia de la Fuente de Lleras  
Nombre dependencia



ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No.

Hora:

Fecha:

Lugar:

Dependencia  
que Convoca:

Proceso:

Objetivo:

Agenda:

Desarrollo:

Decisiones:

Compromisos / tareas

Responsables

Fechas



**República de Colombia**  
**Departamento Administrativo para la Prosperidad Social**  
**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**  
**Cecilia de la Fuente de Lleras**  
**Nombre dependencia**



FIRMA ASISTENTES			
Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO DE DIAGNOSTICO DE DERECHOS

Antes de diligenciar el diagnostico de garantía de derechos por cada participante atendido, ingrese la siguiente información:

1. Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
2. Municipio: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.
3. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.

<b>17. DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO</b>	
<b>¿La vivienda en la que vives cuenta con luz?</b>	Si la vivienda donde reside el participante del Programa cuenta con el servicio de luz, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿En tu vivienda el agua es apta para el consumo?</b>	Si la vivienda donde reside el participante del Programa cuenta con el servicio agua apta para consumo, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción NO.
<b>18. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL</b>	
<b>¿Usted como promotor evidencia golpes, moretones o cualquier otro rasgo de maltrato físico?</b>	Si el promotor de derechos evidencia golpes, moretones, o cualquier otro rasgo de maltrato físico en el participante del Programa, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>En caso de evidenciarlos, ¿se determina que este hecho ocurre al interior de la familia?</b>	Si la respuesta a la pregunta anterior es "SI", el promotor de derechos deberá indicar si este hecho ocurre al interior de la familia. Si es así, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>20. DERECHO A LA PROTECCIÓN</b>	
<b>¿Usted como promotor evidencia algún signo de negligencia o abandono del niño, niña o adolescente?</b>	Si el promotor de derechos evidencia algún signo de abandono o negligencia en el participante del Programa, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente es utilizado por los padres o cuidadores para la actividad de mendicidad?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa es utilizado para la mendicidad por sus padres o cuidadores, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente consume sustancias psicoactivas, tabaco, estupefacientes o alcohólicas?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa consume Sustancia psicoactivas, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa es utilizado para el tráfico, distribución,

<b>adolescente es utilizado para el tráfico, distribución, comercialización, producción, recolección o promoción de sustancias psicoactivas?</b>	comercialización, producción, recolección o promoción de sustancias psicoactivas, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente es utilizado por parte de los grupos armados organizados-gao- al margen de la ley?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa es utilizado por los Grupos Armados Ilegales al margen de la Ley, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia un presunto abuso sexual en el niño, niña o adolescente?</b>	Si el promotor de derechos evidencia un presunto abuso sexual en el participante del Programa seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿El niño, niña o adolescente manifiesta verbalmente alguna situación que haga pensar en que tiene un presunto abuso sexual?</b>	Si el participante del Programa manifiesta alguna situación con la cual se podría pensar en que es vulnerado ante un abuso sexual, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente se encuentra en situación de vida en calle?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa se encuentra en situación de vida en calle, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia la vinculación del niño, niña o adolescentes a trabajo infantil?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa se encuentra trabajando, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente es víctima de violencia en el ámbito escolar?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa NNA es víctima de violencia en el ámbito escolar, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿El niño, niña o adolescente se encuentra en proceso de restablecimiento de derechos?</b>	Si el participante del Programa se encuentra en Proceso de Restablecimiento de Derechos, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>22. DERECHO A TENER UNA FAMILIA Y A NO SER SEPARADA DE ELLA</b>	
<b>¿Vives con tu familia?</b>	Si el participante del Programa identifica que posee una familia, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO"
<b>24. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN</b>	
<b>¿En la última semana has desayunado?</b>	Si el participante del Programa manifiesta que recibe DESAYUNO seleccione entre las siguientes opciones: a) Todos los días ó b) al menos un día, de lo contrario, seleccione NO.

<p><b>¿En la última semana has almorzado?</b></p>	<p>Si el participante del Programa manifiesta que recibe ALMUERZO seleccione entre las siguientes opciones: a) Todos los días ó b) al menos un día, de lo contrario, seleccione NO.</p>
<p><b>¿En la última semana has cenado o comido?</b></p>	<p>Si el participante del Programa manifiesta que recibe CENA O COMIDA seleccione entre las siguientes opciones: a) Todos los días ó b) al menos un día, de lo contrario, seleccione NO.</p>
<p><b>¿A pesar de recibir alimentación en tu casa, con frecuencia sientes hambre?</b></p>	<p>Si en el participante del Programa identifica que con frecuencia siente hambre independientemente de recibir alimentación, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO"</p>
<p><b>¿Recibes alimentación en tu institución educativa?</b></p>	<p>Si en el participante del Programa manifiesta que recibe alimentación en su Institución Educativa, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO"</p>
<p><b>25. DERECHO A LA IDENTIDAD</b></p>	
<p><b>¿Cuentas con documento de identidad?</b></p>	<p>Si en el participante del Programa cuenta con documento de identidad, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO"</p>
<p><b>27. DERECHO A LA SALUD</b></p>	
<p><b>¿Te encuentras afiliado al sistema de seguridad social en salud?</b></p>	<p>Seleccione de la lista el Sistema General de Seguridad Social en Salud del participante del Programa:</p> <p>a). Afiliación al Régimen Subsidiado: es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.</p> <p>b). Afiliación a Régimen Contributivo: es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes.</p> <p>c). No Afiliado (a). No tiene seguridad social en salud.</p>
<p><b>¿La última vez que estuviste enfermo fuiste atendido en un centro de salud u hospital del municipio?</b></p>	<p>Si el participante del Programa afirma que fue atendido en el Centro de Salud u Hospital de su municipio de residencia cuando estuvo enfermo, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".</p>
<p><b>28. DERECHO A LA EDUCACIÓN</b></p>	
<p><b>¿Asistes a un establecimiento educativo?</b></p>	<p>Si el participante del Programa se encuentra estudiando en Escuela o Colegio seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".</p>
<p><b>¿Qué grado estas cursando actualmente?</b></p>	<p>Si la respuesta a la pregunta anterior (el participante del Programa se encuentra en la escuela o colegio) es NO, seleccione el último grado de escolaridad que el participante del Programa realizó.</p> <p>Si la respuesta a la pregunta es "SI", seleccione el grado</p>



	que está cursando el participante del Programa. Ejemplo: si el Beneficiario está cursando cuarto de primaria, seleccione la opción cuarto.
<b>¿Por qué no estás asistiendo a un establecimiento educativo?</b>	Si la respuesta a la primera pregunta de este derecho es “NO”, seleccione las razones por las cuales el participante del Programa no asiste a un Establecimiento Educativo. Las opciones disponibles para la respuesta a esta pregunta son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de dinero</li> <li>• La escuela queda lejos de la vivienda por inseguridad</li> <li>• Debe hacerse cargo de los oficios de la casa</li> <li>• Por trabajar</li> <li>• Porque en la institución educativa no hay cupos</li> <li>• Por embarazo</li> <li>• Porque no le gusta</li> <li>• Porque sus padres no permiten que asista</li> <li>• Otra. ¿Cuál?</li> </ul>
<b>30. DERECHO A LA RECREACIÓN, PARTICIPACIÓN EN LA VIDA CULTURAL Y EN LAS ARTES</b>	
<b>¿Participas en otra actividad recreativa, cultural y artística diferente al programa generaciones con bienestar?</b>	Si el participante del Programa participa en alguna actividad en su tiempo libre diferente al Programa “Generaciones con Bienestar”, seleccione la opción “SI” e indique cuál es la actividad en la que participa, de lo contrario seleccione la opción “NO”.
<b>31. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN</b>	
<b>¿Consideras que las personas con quien vives toman en cuenta tus opiniones y deseos?</b>	Si el participante del Programa considera que las personas con las que vive toman en cuenta sus opiniones y deseos, seleccione la opción “SI”, de lo contrario seleccione la opción “NO”.
<b>¿En el último año has participado en algún espacio público que promueva la toma de decisiones?</b>	Si el participante del Programa indica haber participado en el último año en un espacio público, seleccione la opción “SI”, de lo contrario seleccione la opción “NO”.
<b>¿En cuál espacio público participas?</b>	Si la respuesta a la anterior pregunta es “SI”, seleccione el espacio público en el que el participante del Programa o participa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emisora municipal.</li> <li>• Consejo de política social.</li> <li>• Consejo de juventud.</li> <li>• Veeduría ciudadana.</li> <li>• consejo escolar.</li> <li>• Otro. Cual?</li> </ul>
<b>34. DERECHO A LA INFORMACIÓN</b>	

<b>¿Tienes acceso a la biblioteca de tu establecimiento educativo?</b>	Si el participante del Programa tiene acceso a la Biblioteca de su Establecimiento Educativo, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Tienes acceso a la radio?</b>	Si el participante del Programa tiene acceso a la radio, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Tienes acceso a internet?</b>	Si el participante del Programa tiene acceso a internet, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Tienes acceso a la televisión?</b>	Si el participante del Programa tiene acceso a la televisión, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO DE DINAMIZACIÓN DE REDES SOCIALES DEL OPERADOR

### Información General:

1. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
2. Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
3. Municipio: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.

### Información Específica:

1. **Nombre de la Red Social:** Indique el nombre de la Red Social a la cual pertenece el grupo o el nombre que le fue asignada a la Red.
2. **Tipo de red (Virtual o física):** Seleccione de la lista desplegable si la red creada fue una red física o virtual
3. **Contribución al cumplimiento de los objetivos:** Describa brevemente cómo contribuye la red creada al cumplimiento de los objetivos del Programa.
4. **Evento:** Describa brevemente el evento en el cual se desarrolló la red física o virtual creada.

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO LISTA DE ASISTENCIA IMPRESA

### Información General:

1. **Departamento:** Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
2. **Municipio:** Indique el nombre del municipio en el cual opera el Programa.
3. **Nombre del operador:** Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
4. **Nombre del promotor:** Indique el nombre del promotor de derechos del operador.
5. **Número del Encuentro:** Indique el número del encuentro vivencial realizado.
6. **Fecha del encuentro vivencial:** Indique la fecha en el orden de día, mes y año: (DD/MM/AAAA) la fecha de
7. **Nombre del Modulo:** Indique el nombre del modulo del componente de Formación y participación al que pertenece el encuentro vivencial realizado
8. **Temática del encuentro:** indique la temática (contenido) del encuentro realizado, de acuerdo a los lineamientos técnico-administrativos del programa.
9. **Número de Horas:** Indique el número de horas de duración del encuentro vivencial
10. **Actividad Libre:** Elija la opción "SI" si la actividad realizada en el encuentro vivencial fue una actividad libre de interés de los participantes, y elija la opción "NO" en caso en que se hayan realizado actividades temáticas establecidas en los lineamientos técnico-administrativos.

### Información Específica:

1. **Primer Nombre del participante:** En este campo se debe diligenciar el primer nombre del participante del Programa
2. **Segundo nombre del participante:** En este campo se debe diligenciar el segundo nombre del participante del Programa
3. **Primer apellido del participante:** En este campo se debe diligencia el primer apellido del participante del Programa

4. **Segundo apellido del participante:** En este campo se debe diligenciar el segundo apellido del participante del Programa
5. **El participante entre los 6-11 años de edad (indique con una x):** En este campo se debe diligenciar con una X si el participante del Programa está entre los 6 y 11 años de edad
6. **El participante está entre los 12-17 años de edad (indique con una x):** En este campo se debe diligenciar con una X si el participante del Programa está entre los 12 y 17 años de edad
7. **El participante recibió refrigerio:** En este campo se debe diligenciar la opción "SI" si el participante recibió refrigerio y la opción "NO" en caso contrario.
8. **¿Al encuentro asiste algún miembro de la familia del participante?:** En este campo se debe diligenciar la opción "SI" si algún miembro de la familia del participante asiste al encuentro vivencial.
9. **Parentesco del miembro de la familia del participante:** En este campo se debe diligenciar el parentesco del miembro de la familia del participante que asistió al encuentro vivencial.
10. **Firma del participante:** En este campo del participante debe diligenciar su firma (o nombre) con su propia letra.
11. **Firma del miembro de la familia del participante:** En este campo del participante debe diligenciar su firma (o nombre) con su propia letra.
12. **Novedades:** En este campo el operador puede reportar novedades de la asistencia del participante, si éste continúa en el programa o si ha desertado, entre otras.

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO GESTION PARA LA GARANTIA DE DERECHOS

### Información General:

- Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
- Municipio: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.
- Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
- Nombre del coordinador de garantía de derechos: Indique el nombre del coordinador de garantía de derechos

### Información Específica:

#### a. ¿Se realizó la gestión pertinente?

Para cada una de las variables de los derechos enunciados en el diagnostico de derechos de los participantes, en la cual se indique que el niño, niña o adolescente **presenta algún derecho amenazado, inobservado o vulnerado**, seleccione la opción “SI”, en caso de que la entidad operadora del Programa haya realizado alguna gestión con una entidad competente para promover la garantía de derechos del participante, en caso contrario, seleccione la opción “NO”.

#### b. Nombre de la entidad a quien envió la solicitud:

En caso en que la respuesta a la pregunta anterior haya sido “SI”, especifique el nombre de la entidad competente a la cual se le envió la solicitud de atención para garantizar el derecho amenazado, vulnerado o inobservado del niño, niña o adolescente participante del Programa.

#### c. Describa la gestión realizada:

En este campo se deben diligenciar las actividades y acciones realizadas por el operador para dar cuenta de la gestión que realizó con alguna entidad competente para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes participantes del Programa que estén amenazados, vulnerados o inobservados. Tenga en cuenta, que debe especificar el nombre del Programa, Estrategia o Proyecto, entre otros, que brinda la entidad a la cual se le está solicitando el servicio, la fecha en la que se solicitó el servicio, el nombre del Funcionario a quién se dirigió el oficio y su cargo, y demás información que considere necesario.

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO DEL INFORME MENSUAL DEL OPERADOR

### Información General:

1. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
2. Departamento de operación: Indique el nombre del departamento donde opera el programa.
3. Municipio de operación: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.
4. Mes de operación: Indique el nombre del mes en el cual se está operando el programa
5. Informe X de X: Indique el número del informe que está entregando y el número de informes total que debe entregar el operador. Por ejemplo, si el informe corresponde al segundo mes de operación y en total son 5 informes, este campo debe quedar diligenciado de la siguiente manera: Informe 2 de 5.
6. Nombre del promotor de derechos: Indique el nombre del promotor de derechos del operador

### Información Específica:

**a. Explique y describa las acciones que se han desarrollado para dar cumplimiento a los objetivos del programa. Tenga presente los aspectos a destacar que han facilitado o dificultado el desarrollo del programa, según la etapa de operación:** En este campo se deben diligenciar todas aquellas acciones que el operador ha desarrollado para cumplir con la implementación del programa en cada una de las siguientes fases del mismo:

- ✓ Periodo de alistamiento,
- ✓ Búsqueda activa y convocatoria de Niños, Niñas y Adolescentes
- ✓ Módulo de Formación y Participación -Desarrollo de los encuentros vivenciales
- ✓ Diagnóstico de derechos de los niños, niñas y adolescentes
- ✓ Gestión y coordinación interinstitucional y social para la garantía y el restablecimiento de los derechos
- ✓ Dinamización de redes sociales de los niños, adolescentes y familias
- ✓ Elaboración del Proyecto de vida de los NNA
- ✓ Otros.
- ✓

Para diligenciar este campo, el operador debe enunciar las actividades que llevó a cabo en el marco del programa, para cada una de sus fases y los resultados logrados con cada una de las actividades enunciadas.

**b. Si se han presentado logros y experiencias destacables de los participantes como resultado del Programa, descríbalos uno a uno y sopórtelos con evidencias fotográficas:** En este campo se deben destacar todos aquellos logros y experiencias positivas adquiridas por los participantes del Programa que pueden ser documentadas con evidencias.

**c. Indique cuáles son los aspectos a mejorar para lograr una cada vez mejor articulación con la dirección regional del ICBF:** En este campo se deben destacar todas aquellas acciones de mejora que deben tener en cuenta los agentes que están relacionados con el programa, a fin de lograr su mejoramiento continuo.

**d. Describa observaciones adicionales sobre el desarrollo del Programa en caso de que se presenten:** En este campo se deben realizar observaciones por parte del operador adicionales a las mencionadas en el punto anterior, que se considere son relevantes para ser tenidas en cuenta a fin de lograr el mejoramiento continuo del Programa.



## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO MAPA DE ACTORES

### Información General:

El anexo mapa de actores busca dar a conocer el portafolio de las entidades a nivel territorial que hacen parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar – SNBF y demás entidades que tiene responsabilidad en la Protección Integral de los niños, las niñas y los adolescentes.

1. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
2. Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
3. Municipio: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.

### Información Específica:

El operador debe diligenciar cada uno de los campos descritos a continuación para cada una de las entidades descritas en el anexo:

- **Diligencia SI/No:** En este campo el operador debe elegir la opción “SI” en caso en que el municipio en donde opera el programa se encuentre la entidad enunciada.
- **Dirección:** En este campo el operador debe diligenciar la Dirección de correspondencia de la entidad
- **Nombre de un contacto:** En caso en que la entidad tenga presencia en el municipio, el operador debe diligenciar el nombre y apellido de un profesional al cual dirigirse en la entidad.
- **Cargo del Contacto:** En este campo el operador debe diligenciar el cargo del profesional mencionado en el campo anterior.
- **Teléfono (móvil o fijo):** En este campo el operador debe diligenciar el teléfono de contacto del profesional de la entidad.

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO MAPA DE RIESGOS

### Información General:

1. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
2. Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
3. Municipio: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.

En el anexo de mapa de riesgo se establece una lista de riesgos que pueden afectar a los niños, niñas y adolescentes participantes del programa y vulnerar sus derechos.

Dentro de cada categoría se enuncia una serie de posibles riesgos que se presentan en los municipios del país y por tanto, a los que pueden estar enfrentados los participantes del programa.

El operador debe entonces indicar, si la probabilidad de que el participante del Programa enfrente el riesgo se considera como alta media o baja. Se considera una probabilidad alta cuando el riesgo supera el 70% de ocurrencia, media cuando el riesgo está entre el 30 y 70% de ocurrencia y baja cuando el riesgo tiene un porcentaje menor al 30% de ocurrencia. Igualmente, el operador debe enunciar el impacto de este riesgo en el participante del Programa. El impacto se considera alto cuando el efecto del riesgo en los participantes del Programa es mayor a 70%, medio cuando el efecto del riesgo en los participantes del programa está entre 30 y 70% y bajo, cuando el efecto del riesgo en los participantes del programa es menor al 30% .

Finalmente, el operador debe indicar las observaciones ó comentarios que se presenten con relación a cada riesgo en el municipio en el cual se encuentra operando el programa.

La lista de riesgos se establece a partir de ocho (8) categorías, a saber:

1. Salud sexual y reproductiva
  - Embarazo adolescente
  - Explotación sexual comercial: Prostitución, Pornografía., Trata de Personas
2. Educación
  - Oferta limitada de establecimientos educativos para niños, niñas y adolescentes
3. Salud
  - Oferta limitada de servicios de salud: Infraestructura, Recurso humano, Medicamentos.
4. Conflicto armado
  - Reclutamiento forzado y utilización
  - Desplazamiento forzado
  - Minas antipersona
  - Cultivos ilícitos
  - Minería Ilegal

5. Comunidad

- Peores formas de trabajo infantil: Minería, Agricultura, mecánica, manipulación de productos químicos, Construcción
- Pobreza Extrema.

6. Cultura:

- Discriminación por razones étnicas
- Discriminación por razones religiosas

7. Natural

- Desastres naturales o situación de emergencia

8. Otros

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO DE PLAN DE ACCIÓN

### Información General:

1. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
2. Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.

### Información Específica:

- **Número:** En este campo se debe numerar cada una de las actividades que va a realizar el operador del Programa.
- **Actividad:** En este campo se deben diligenciar cada una de las actividades que va a llevar a cabo el operador, durante el tiempo de duración del Programa.
- **Categoría:** En este campo se debe diligenciar la etapa del Programa a la cual pertenece la actividad diligenciada en el campo anterior. Estas etapas pueden ser: Alistamiento, Búsqueda activa y/o vinculación de los participantes, formación y participación, Gestión y coordinación interinstitucional y social para la garantía y el restablecimiento de derechos, Dinamización de redes sociales de niños, niñas y adolescentes y familias, Otra categoría.
- **Entregable:** En este campo se debe diligenciar el producto que va a evidenciar la actividad realizada en cada una de las etapas del Programa
- **Responsable:** En este campo se debe diligenciar el miembro del equipo de trabajo que será el responsable de entregar el producto que evidencia la actividad realizada.
- **Fecha de Inicio:** En este campo se debe diligenciar la fecha de inicio de la actividad a realizar.
- **Fecha de finalización:** En este campo se debe diligenciar la fecha de inicio de la actividad a realizar.

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO DE PROYECTO DE VIDA

### Información general:

1. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
2. Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
3. Municipio: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.

### Información Específica:

- **Nombre del promotor de derechos:** En este campo se deben diligenciar los nombres y apellidos del promotor de derechos del operador.
- **Primer nombre** En este campo se debe diligenciar el primer nombre del participante del Programa
- **Segundo nombre** En este campo se debe diligenciar el segundo nombre del participante del Programa
- **Primer apellido** En este campo se debe diligenciar el primer apellido del participante del Programa
- **Segundo apellido** En este campo se debe diligenciar el segundo apellido del participante del Programa
- **Nombre del grupo:** En este campo se debe diligenciar el nombre del grupo al cual pertenece el participante del Programa.
- **¿El niño, niña o adolescente elaboró su proyecto de vida?** En este campo se debe diligenciar con la opción "SI" si el participante del Programa elaboró su proyecto de vida positivo, y con la opción "NO" en caso contrario.
- **¿Cuál fue el producto con el cual el niño, niña o adolescente evidenció su proyecto de vida?:** En este campo se debe diligenciar el medio a través del cual el participante del programa realizó su proyecto de vida: Por ejemplo se debe establecer si el participante realizó un documento de proyecto de vida, una canción, una cartelera, etc.
- **Área en la que desarrollo su proyecto de vida:** En este campo se debe diligenciar el área en la cual el participante desarrolló su proyecto de vida. Por ejemplo se debe establecer si el participante desarrollo su proyecto de vida en el área musical, deportiva, política, de ciencias sociales, medicas, etc.
- **¿El niño, niña o adolescente conto con el apoyo de su familia en la elaboración de su proyecto de vida?** En este campo se debe diligenciar con la opción "SI" si el participante del Programa contó con el apoyo de su familia para desarrollar y evidenciar su proyecto de vida, y con la opción "NO" en caso contrario.



## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO DEL REGISTRO DE LOS PARTICIPANTES

### Información General:

1. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
2. Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
3. Municipio: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.

### Información Específica:

#### 1. Información ICBF:

- **Modalidad:** En este campo se debe diligenciar la modalidad de atención del Programa Generaciones con Bienestar, se debe escoger entre: Generaciones con bienestar-Tradicional, generaciones Étnicas con Bienestar, Generaciones Rurales con Bienestar, Generaciones con Bienestar-Bogotá, o generaciones con Bienestar-Otras Formas de Atención.
- **Nombre de la Regional:** En este campo se debe diligenciar el nombre de la Dirección regional en la cual el operador está implementando el Programa.
- **Nombre del centro zonal:** En este campo se debe diligenciar el nombre del centro zonal en el cual el operador está implementando el Programa.

#### 2. Información del operador:

- **Nombre de la entidad contratista:** En este campo se debe diligenciar el nombre del operador que se encuentra implementado el Programa.
- **Tipo de documento:** En este campo se debe diligenciar el registro de la entidad contratista ante la cámara de comercio, bien sea NIT o RUT
- **Número de documento:** En este campo se debe diligenciar el número del NIT o RUT de la Entidad Contratista
- **Nombres y apellidos del promotor de derechos:** En este campo se deben diligenciar los nombres y apellidos del promotor de derechos de la entidad operadora

#### 3. Información básica del Niños, Niña o Adolescente:

- **Primer Nombre del participante:** En este campo se debe diligenciar el primer nombre del participante del Programa

- **Segundo nombre del participante:** En este campo se debe diligenciar el segundo nombre del participante del Programa
- **Primer apellido del participante:** En este campo se debe diligenciar el primer apellido del participante del Programa
- **Segundo apellido del participante:** En este campo se debe diligenciar el segundo apellido del participante del Programa
- **Sexo del participante:** En este campo se debe diligenciar En este campo se debe diligenciar con la letra F, si el participante del Programa es mujer, y con la letra M si el participante del Programa es hombre.
- **País de nacimiento del participante:** En este campo se debe diligenciar el país donde nació el participante del Programa
- **Departamento de nacimiento del participante:** En este campo se debe diligenciar el departamento en el cual nació el participante del Programa
- **Municipio de nacimiento del participante:** En este campo se debe diligenciar el municipio en el cual nació el participante del Programa
- **Fecha de nacimiento del participante:** En este campo se debe diligenciar la en el orden de día, mes y año: (DD/MM/AAAA) la fecha de nacimiento del participante del Programa
- **Tipo de documento de identidad del participante:** En este campo se debe diligenciar tipo de documento de identidad del participante del Programa. En caso en que el participante no cuente con documento de identidad, diligenciar “No tiene”
- **Número de documento de identidad del participante:** En este campo se debe diligenciar el número de documento de identidad del participante del Programa
- **Municipio/distrito de residencia del participante:** En este campo se debe diligenciar el municipio o distrito de residencia del participante del Programa
- **Zona de ubicación de residencia del participante:** En este campo se debe diligenciar con “C” si el participante del Programa reside en la cabecera y con “R” si el participante reside en la zona rural.
- **Barrio de residencia:** En este campo se debe diligenciar el barrio en el cual reside el participante del Programa
- **Dirección de residencia del participante:** En este campo se debe diligenciar la dirección de residencia del participante del Programa
- **número telefónico del participante:** En este campo se debe diligenciar el número de teléfono móvil (celular) o fijo del participante del Programa.
- **¿El participante se auto reconoce como parte de algún grupo étnico:** En este campo se debe diligenciar con la opción “SI” si el participante se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico, y con la opción “NO” en caso contrario.
- **cual grupo étnico?:** Si la respuesta del participante a la pregunta anterior fue “SI” en este campo se debe escoger una de las siguientes



opciones, de acuerdo a la respuesta del participante ante la pregunta anterior: afrocolombiano, rom/gitano, indígena, raizal descendiente del archipiélago de San Andres, no se autoreconoce en ninguno de los anteriores

- **¿El participante presenta discapacidad?:** En este campo se debe diligenciar con la opción "SI" si el participante esta en condición de discapacidad, y con la opción "NO" en caso contrario.
- **¿Se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?:** En este campo se debe diligenciar con la opción "SI" si al participante se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad y la opción "NO" en caso contrario"
- **¿El participante se considera víctima del conflicto?:** En este campo se debe diligenciar con la opción "SI" si el participante se considera víctima del conflicto, y con la opción "NO" en caso contrario.
- **¿La niña o adolescente se encuentra en estado de embarazo?:** En este campo se debe diligenciar con la opción "SI" si la participante reconoce estar en estado de embarazo, y con la opción "NO" en caso contrario.
- **¿El niño o niña cuenta con el permiso de sus padres o cuidadores para asistir al Programa?:** En este campo se debe diligenciar con la opción "SI" si la participante cuenta con permiso de sus padres o cuidadores para asistir al programa, y con la opción "NO" en caso contrario.

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO DESEGUIMIENTO AL DIAGNOSTICO DE DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA

Una vez diligenciado el diagnóstico de derechos de cada uno de los niños, niñas y adolescentes participantes del Programa, y con el propósito de evidenciar la gestión realizada de la entidad operadora con las entidades competentes para garantizar los derechos de los participantes del programa que se encuentren amenazados vulnerados o inobservados, el operador deberá diligenciar el diagnóstico de derechos en un segundo momento, con el cual se podrá evidenciar el seguimiento a la garantía de los derechos de los participantes del Programa.

### Información General:

1. Regional: Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
2. Municipio: Indique el nombre del municipio donde opera el programa.
3. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.
4. Nombre del promotor de derechos: Indique el nombre del promotor de derechos que implementa el programa.

### Información Específica:

<b>17. DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO</b>	
<b>¿La vivienda en la que vives cuenta con luz?</b>	Si la vivienda donde reside el participante del Programa cuenta con el servicio de luz, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿En tu vivienda el agua es apta para el consumo?</b>	Si la vivienda donde reside el participante del Programa cuenta con el servicio agua apta para consumo, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción NO.
<b>18. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL</b>	
<b>¿Usted como promotor evidencia golpes, moretones o cualquier otro rasgo de maltrato físico?</b>	Si el promotor de derechos evidencia golpes, moretones, o cualquier otro rasgo de maltrato físico en el participante del Programa, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>En caso de evidenciarlos, ¿se determina que este hecho ocurre al interior de la familia?</b>	Si la respuesta a la pregunta anterior es "SI", el promotor de derechos deberá indicar si este hecho ocurre al interior de la familia. Si es así, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>20. DERECHO A LA PROTECCIÓN</b>	
<b>¿Usted como promotor evidencia algún signo de negligencia o abandono del niño, niña o adolescente?</b>	Si el promotor de derechos evidencia algún signo de abandono o negligencia en el participante del Programa, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente es utilizado por los padres o cuidadores para la actividad de mendicidad?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa es utilizado para la mendicidad por sus padres o cuidadores, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente consume sustancias?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa consume Sustancia psicoactivas, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".

<b>psicoactivas, tabaco, estupefacientes o alcohólicas?</b>	
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente es utilizado para el tráfico, distribución, comercialización, producción, recolección o promoción de sustancias psicoactivas?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa es utilizado para el tráfico, distribución, comercialización, producción, recolección o promoción de sustancias psicoactivas, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente es utilizado por parte de los grupos armados organizados-gao- al margen de la ley?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa es utilizado por los Grupos Armados Ilegales al margen de la Ley, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia un presunto abuso sexual en el niño, niña o adolescente?</b>	Si el promotor de derechos evidencia un presunto abuso sexual en el participante del Programa seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿El niño, niña o adolescente manifiesta verbalmente alguna situación que haga pensar en que tiene un presunto abuso sexual?</b>	Si el participante del Programa manifiesta alguna situación con la cual se podría pensar en que es vulnerado ante un abuso sexual, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente se encuentra en situación de vida en calle?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa se encuentra en situación de vida en calle, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia la vinculación del niño, niña o adolescentes a trabajo infantil?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa se encuentra trabajando, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿Usted como promotor evidencia que el niño, niña o adolescente es víctima de violencia en el ámbito escolar?</b>	Si el promotor de derechos evidencia que el participante del Programa NNA es víctima de violencia en el ámbito escolar, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>¿El niño, niña o adolescente se encuentra en proceso de restablecimiento de derechos?</b>	Si el participante del Programa se encuentra en Proceso de Restablecimiento de Derechos, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".
<b>22. DERECHO A TENER UNA FAMILIA Y A NO SER SEPARADA DE ELLA</b>	
<b>¿Vives con tu familia?</b>	Si el participante del Programa identifica que posee una familia, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO"
<b>24. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN</b>	
<b>¿En la última semana has desayunado?</b>	Si el participante del Programa manifiesta que recibe DESAYUNO seleccione entre las siguientes opciones: a) Todos los días ó b) al menos un día, de lo contrario, seleccione NO.
<b>¿En la última semana has almorzado?</b>	Si el participante del Programa manifiesta que recibe ALMUERZO seleccione entre las siguientes opciones: a) Todos los días ó b) al menos un día, de lo contrario, seleccione NO.
<b>¿En la última semana has cenado o comido?</b>	Si el participante del Programa manifiesta que recibe CENA O COMIDA seleccione entre las siguientes opciones: a) Todos los días ó b) al menos un día, de lo contrario, seleccione NO.
<b>¿A pesar de recibir alimentación en tu casa, con frecuencia sientes hambre?</b>	Si en el participante del Programa identifica que con frecuencia siente hambre independientemente de recibir alimentación, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción

	“NO”
<b>¿Recibes alimentación en tu institución educativa?</b>	Si en el participante del Programa manifiesta que recibe alimentación en su Institución Educativa, seleccione la opción “SI”, de lo contrario seleccione la opción “NO”
<b>25. DERECHO A LA IDENTIDAD</b>	
<b>¿Cuentas con documento de identidad?</b>	Si en el participante del Programa cuenta con documento de identidad, seleccione la opción “SI”, de lo contrario seleccione la opción “NO”
<b>27. DERECHO A LA SALUD</b>	
<b>¿Te encuentras afiliado al sistema de seguridad social en salud?</b>	<p>Seleccione de la lista el Sistema General de Seguridad Social en Salud del participante del Programa:</p> <p>a). Afiliación al Régimen Subsidiado: es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.</p> <p>b). Afiliación a Régimen Contributivo: es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes.</p> <p>c). No Afiliado (a). No tiene seguridad social en salud.</p>
<b>¿La última vez que estuviste enfermo fuiste atendido en un centro de salud u hospital del municipio?</b>	Si el participante del Programa afirma que fue atendido en el Centro de Salud u Hospital de su municipio de residencia cuando estuvo enfermo, seleccione la opción “SI”, de lo contrario seleccione la opción “NO”.
<b>28. DERECHO A LA EDUCACIÓN</b>	
<b>¿Asistes a un establecimiento educativo?</b>	Si el participante del Programa se encuentra estudiando en Escuela o Colegio seleccione la opción “SI”, de lo contrario seleccione la opción “NO”.
<b>¿Qué grado estas cursando actualmente?</b>	<p>Si la respuesta a la pregunta anterior (el participante del Programa se encuentra en la escuela o colegio) es NO, seleccione el último grado de escolaridad que el participante del Programa realizó.</p> <p>Si la respuesta a la pregunta es “SI”, seleccione el grado que está cursando el participante del Programa. Ejemplo: si el Beneficiario está cursando cuarto de primaria, seleccione la opción cuarto.</p>
<b>¿Por qué no estás asistiendo a un establecimiento educativo?</b>	<p>Si la respuesta a la primera pregunta de este derecho es “NO”, seleccione las razones por las cuales el participante del Programa no asiste a un Establecimiento Educativo. Las opciones disponibles para la respuesta a esta pregunta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de dinero</li> <li>• La escuela queda lejos de la vivienda por inseguridad</li> <li>• Debe hacerse cargo de los oficios de la casa</li> <li>• Por trabajar</li> <li>• Porque en la institución educativa no hay cupos</li> <li>• Por embarazo</li> <li>• Porque no le gusta</li> <li>• Porque sus padres no permiten que asista</li> <li>• Otra. ¿Cuál?</li> </ul>

### 30. DERECHO A LA RECREACIÓN, PARTICIPACIÓN EN LA VIDA CULTURAL Y EN LAS ARTES

**¿Participas en otra actividad recreativa, cultural y artística diferente al programa generaciones con bienestar?**

Si el participante del Programa participa en alguna actividad en su tiempo libre diferente al Programa "Generaciones con Bienestar", seleccione la opción "SI" e indique cuál es la actividad en la que participa, de lo contrario seleccione la opción "NO".

### 31. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

**¿Consideras que las personas con quien vives toman en cuenta tus opiniones y deseos?**

Si el participante del Programa considera que las personas con las que vive toman en cuenta sus opiniones y deseos, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".

**¿En el último año has participado en algún espacio público que promueva la toma de decisiones?**

Si el participante del Programa indica haber participado en el último año en un espacio público, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".

**¿En cuál espacio público participas?**

Si la respuesta a la anterior pregunta es "SI", seleccione el espacio público en el que el participante del Programa o participa.

- Emisora municipal.
- Consejo de política social.
- Consejo de juventud.
- Veeduría ciudadana.
- consejo escolar.
- Otra. Cual?

### 34. DERECHO A LA INFORMACIÓN

**¿Tienes acceso a la biblioteca de su establecimiento educativo?**

Si el participante del Programa tiene acceso a la Biblioteca de su Establecimiento Educativo, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".

**¿Tienes acceso a la radio?**

Si el participante del Programa tiene acceso a la radio, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".

**¿Tienes acceso a internet?**

Si el participante del Programa tiene acceso a internet, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".

**¿Tienes acceso a la televisión?**

Si el participante del Programa tiene acceso a la televisión, seleccione la opción "SI", de lo contrario seleccione la opción "NO".

## MANUAL INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO DE TALENTO HUMANO DEL OPERADOR

### Información General:

1. Nombre del operador: Indique el nombre de la organización que implementa el programa.

### Información Específica:

- **Regional:** Indique el nombre de la regional del ICBF encargada de la supervisión del contrato.
- **Municipio:** Indique el nombre del municipio donde opera el programa.
- **Cargo:** En este campo se debe diligenciar el cargo de cada uno de los miembros del miembro del equipo de trabajo del operador.
- **Nombres y Apellidos:** En este campo se debe diligenciar los nombres y apellidos de cada uno de de los miembros del miembro del equipo de trabajo del operador.
- **Tipo de Documento de Identidad:** En este campo se debe diligenciar el tipo de documento de identidad de cada uno de de los miembros del miembro del equipo de trabajo del operador.
- **Número del Documento de identidad:** En este campo se debe diligenciar el número de documento de identidad de cada uno de de los miembros del miembro del equipo de trabajo del operador.
- **Fecha de nacimiento:** En este campo se debe diligenciar en el orden de día, mes y año: (DD/MM/AAAA) la fecha de nacimiento de cada uno de de los miembros del miembro del equipo de trabajo del operador.
- **Sexo:** En este campo se debe diligenciar con la letra F, si el miembro del equipo de trabajo del operador es mujer, y con la letra M si el miembro del equipo de trabajo del operador es hombre.
- **Profesión:** En este campo se debe diligenciar la profesión con la que cuenta cada uno de de los miembros del miembro del equipo de trabajo del operador.
- **Último Nivel Educativo Alcanzado:** En este campo se debe diligenciar el nivel educativo del personal, con la siguiente nomenclatura: 1. ES: Especialización, 2. UN: Universitario, 3. TEC: Técnico, 4. TEG: Tecnológico, 5. MA: Maestría, 6: O: Otro
- **Teléfono Celular o fijo:** En este campo se debe diligenciar el número de teléfono móvil (celular) de cada uno de de los miembros del miembro del equipo de trabajo del operador.
- **Correo Electrónico:** En este campo se debe diligenciar el correo electrónico de cada uno de de los miembros del miembro del equipo de trabajo del operador.



Logo	<b>ENTIDAD XXXX</b>	Código	Fecha
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG- SST (léase Programa de Salud Ocupacional)	Versión	Pág. 1 de 4

## **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG- SST**

### **CONTENIDO**

#### **1. PRESENTACIÓN**

**Dirección  
Teléfonos**



Logo	<b>ENTIDAD XXXX</b>	Código	Fecha
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG- SST (léase Programa de Salud Ocupacional)	Versión	Pág. 2 de 4

## 2. JUSTIFICACIÓN

## 3. MARCO LEGAL

## 4. POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL – SYSO

## 5. OBJETIVOS Y METAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL (si se tiene implementado el Sistema)

### 5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL

#### 5.1 Generales

#### 5.2 Específicos

## 6. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD

**RAZÓN SOCIAL:**

**NIT:**

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO:**

**FAX:**

**CIUDAD:**

**DEPARTAMENTO:**

**CENTROS DE TRABAJO:**

**REPRESENTANTE LEGAL:**

#### 6.1 Reseña histórica.

#### 6.2 Actividad Económica

Dirección  
Teléfonos

Logo	<b>ENTIDAD XXXX</b>	Código	Fecha
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG- SST (léase Programa de Salud Ocupacional)	Versión	Pág. 3 de 4

### **6.3 Misión**

### **6.4 Visión**

### **6.6 Clase de Riesgo**

### **6.7 Productos y/o Servicios prestados por la entidad**

## **7. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD OCUPACIONAL EN LA ENTIDAD**

### **8. RESPONSABILIDADES EN EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR NIVELES**

#### **8.1 Gerencia**

#### **8.2 Colaboradores:**

### **9. COMITE PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL**

## **10. PROGRAMAS**

### **10.1 Subprograma de Higiene y Seguridad Industrial**

### **10.2 Subprograma de Medicina Preventiva y del Trabajo.**

#### **10.2.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológico para el control de riesgo xxxxx**

#### **10.2.2 Exámenes médicos.**

Para la realización de los siguientes exámenes, se tendrá como guía los perfiles ocupacionales por cargos.

- **Exámenes Pre-ocupacionales:**
- **Exámenes Periódicos Ocupacionales:**
- **Exámenes de Egreso:**

#### **10.2.3 Registro de Ausentismo.**

#### **10.2.4 Botiquines**

#### **10.2.5 Otras Medidas para el Control de los riesgos.**

Logo	<b>ENTIDAD XXXX</b>	Código	Fecha
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG- SST (léase Programa de Salud Ocupacional)	Versión	Pág. 4 de 4

### **10.3 Recursos Técnicos**

### **10.4 Seguimiento del Programa de Salud Ocupacional de la Entidad**