	<b>PROCESO PROTECCIÓN</b>  <b>ANEXO</b> <b>ENCUESTA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES CON</b> <b>Y SIN DISCAPACIDAD - SRD</b>	A34.G27.P	30/04/2024
		Versión 1	Página 1 de 6

## INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL

Aplica: Profesional del equipo de apoyo a la supervisión  
Diligencia: Adolescente o Joven.

1. Establezca un ambiente empático con el/la adolescente o joven a quien se va a aplicar la encuesta<sup>1</sup>.
2. Explique a los/las adolescentes o jóvenes la actividad de manera clara y sencilla, para facilitar la comprensión del ejercicio a realizar<sup>2</sup>.
3. Diligencie el campo de los datos personales, seleccionando con una X los espacios en blanco, según corresponda.
4. Explique que las respuestas son personales y que no hay correctas o incorrectas, buenas o malas, lo importante es que el/la adolescente o joven pueda expresar lo que piensa.
5. Haga una pregunta de prueba para verificar que el/la adolescente o joven haya comprendido las opciones de respuesta.
6. Verifique que se hayan diligenciado cada una de las preguntas.
7. Los resultados de las encuestas deben ser incluidos en análisis de resultados de la supervisión y conocidos por el/la supervisor/a de contratos y autoridades administrativas, quienes deben generar las acciones a las que haya lugar.
8. Si durante la aplicación de la encuesta, observa o identifica alguna situación que pueda afectar el desarrollo de la modalidad o el ejercicio de los derechos de los adolescentes y jóvenes, comuníquela al supervisor o supervisora del contrato y/o al defensor o defensora de familia competente, quienes deben generar las acciones a las que haya lugar.

## INSTRUCCIONES PARA EL ADOLESCENTE O JOVEN:

A continuación, encontrarás una serie de preguntas relacionadas con la institución/hogar sustituto en el que te encuentras, califica con toda confianza, las respuestas son personales, no hay correctas o incorrectas, buenas o malas. Lo importante es lo que tú piensas.


Para el diligenciamiento de la encuesta sigue los siguientes pasos:

1. Lee individualmente la encuesta. Si es necesario puedes hacerlo con ayuda del adulto que te pidió responderla o con una persona de apoyo en la institución u hogar sustituto elegida por ti mismo/a para apoyar el diligenciamiento.

<sup>1</sup> No aplique cuando el adolescente o joven se encuentra absolutamente imposibilitado/a para manifestar su voluntad y preferencias por cualquier medio, modo y formato de comunicación posible.

<sup>2</sup> Si se trata de un adolescente o joven con discapacidad, identifique previamente la forma de comunicación y familiarícese con ella, para que pueda realizar los ajustes razonables que faciliten su interacción con él o ella.

**¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

	<b>PROCESO PROTECCIÓN</b>  <b>ANEXO</b> <b>ENCUESTA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES CON</b> <b>Y SIN DISCAPACIDAD - SRD</b>	A34.G27.P	30/04/2024
		Versión 1	Página 2 de 6


2. Selecciona la respuesta que mejor refleje lo que piensas frente cada pregunta: SIEMPRE/SI, ALGUNAS VECES, NUNCA/NO o NO APLICA.
3. Si no comprendes alguna de las frases y/o la forma de calificarla, solicita una explicación a quien te entregó la encuesta o la persona de apoyo en la institución u hogar sustituto elegida por ti mismo/a para apoyar el diligenciamiento.
4. Debes verificar que hayas respondido cada una de las preguntas.

DATOS PERSONALES									
Regional					Código de la entidad contratista				
Fecha de aplicación				Fecha de nacimiento			No. SIM		
Sexo	Hombre				Mujer		Nacionalidad		
Tipo de documento de Identidad	Registro civil				Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía		
	Sin documento				Sin información		Número de documento		
Comisario de familia			Defensor de familia				Autoridad tradicional indígena		
Nombre autoridad administrativa responsable									
Escolaridad	PI		PC		S.I.		S.C.		T.T.U
Discapacidad	SI		No		Intelectual		Psicosocial		Física
					Sordoceguera		Auditiva		visual
					Múltiple		Otro, cuál		
Fecha de ingreso a la modalidad									

PI = Primaria incompleta. PC = Primaria completa. S.I. = Secundaria Incompleta. S.C. = Secundaria completa. T.T.U. = Técnica, tecnológica o universitaria.


PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO			
I. PERCEPCIÓN DEL TRATO	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Considero que las personas que me cuidan respetan mi forma de ser y de pensar.			
Considero que las personas que me cuidan respetan la forma de ser y de pensar de mis demás compañeros.			
Se promueve un trato respetuoso y adecuado entre los compañeros de la modalidad.			
Las personas que me cuidan me tratan de forma amable y respetuosa.			
Todos los adolescentes y jóvenes de esta modalidad tenemos los mismos derechos.			
II. CALIDAD DEL SERVICIO	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
En esta modalidad desarrollo habilidades para mi vida.			
Siento que las actividades que se realizan en esta modalidad aportan a la construcción de mi proyecto de vida.			
Pienso que las actividades que realizo en esta modalidad me han permitido mejorar las situaciones por las que ingresé.			
III PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Considero que las normas de la institución/hogar sustituto son adecuadas y no vulneran nuestros derechos.			

**¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

 BIENESTAR FAMILIAR	<b>PROCESO PROTECCIÓN</b>  <b>ANEXO</b> <b>ENCUESTA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES CON Y SIN DISCAPACIDAD - SRD</b>	A34.G27.P	30/04/2024
		Versión 1	Página 3 de 6

<p>Cuando no cumplo con las normas en la institución, la reacción de los adultos puede generar alguna clase de violencia (física, psicológica, sexual, por omisión o negligencia).</p> <p>Cuando no cumplo con las normas en la institución/hogar sustituto, los adultos reaccionan de una forma que no me agrada.</p>			
<b>IV. PARTICIPACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Conozco el código ético de la institución.			
Me han socializado el código ético de la institución.			
Conozco las herramientas que existen en la modalidad para solucionar los conflictos.			
	<b>SIEMPRE</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>
Tienen en cuenta mis gustos, intereses y habilidades para la programación de actividades.			
Tienen en cuenta mi opinión en las decisiones que se toman en esta modalidad.			
Hago uso de las herramientas que existen en la modalidad para solucionar conflictos.			
Hago uso de las herramientas de participación que existen en esta modalidad.			
<b>V. AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿Conozco a mi Defensor, Comisario de familia o Autoridad tradicional indígena?			
Siento que mi defensor/comisario de familia Autoridad tradicional indígena me ayuda en mi proceso.			
<b>PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>			
<b>VI. HERRAMIENTAS DE MONITOREO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>
¿Cuándo ingresaste a la institución u hogar sustituto, alguno de los profesionales te preguntó cómo te encontrabas física y emocionalmente?			
¿Los profesionales del operador te han preguntado que situaciones motivaron tu ingreso a esta modalidad?			
¿Los profesionales del operador te han preguntado sobre tus fortalezas y/o capacidades para cambiar las condiciones por las que ingresaste?			
¿Te han preguntado a ti o a tu familia como te sientes actualmente en esta modalidad?			
¿Los profesionales del operador te han informado sobre los resultados o avances en tu proceso de atención?			
¿Tu familia y tu han participado en el desarrollo de actividades de preparación para el egreso de la modalidad? <b>No aplica:</b> Cuando el niño o niña no se encuentra en el proceso de egreso progresivo.			
Los profesionales del operador le han dado recomendaciones a tu familia y a ti para prevenir que vuelvas a ingresar a la modalidad. <b>No aplica:</b> Cuando el niño o niña no se encuentra en el proceso de egreso progresivo.			
Tu familia y tu han sido informados que se han superado las situaciones que dieron origen a tu ingreso a esta modalidad. <b>No aplica:</b> Cuando el niño o niña no se encuentra en el proceso de egreso progresivo.			
¿Te han informado a ti y a tu familia sobre los compromisos que deben cumplir a partir de tu egreso de la modalidad? <b>No aplica:</b> Cuando el niño o niña no se encuentra en el proceso de egreso progresivo.			

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!


	<b>PROCESO PROTECCIÓN</b>  <b>ANEXO</b> <b>ENCUESTA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES CON</b> <b>Y SIN DISCAPACIDAD - SRD</b>	A34.G27.P	30/04/2024
		Versión 1	Página 4 de 6

<b>VII. EDUCACIÓN Y FAMILIA</b>			
¿Te encuentras vinculado al sistema educativo? <b>No aplica:</b> Cuando por las condiciones particulares o niveles de desarrollo del niño o niña, no se tiene la posibilidad de vinculación al sistema educativo.			
¿En esta modalidad te ayudan con las actividades escolares y académicas, cuando lo necesitas? <b>No aplica:</b> Para las modalidades de centro de emergencia, Intervención de apoyo psicosocial y Apoyo psicológico especializado.			
En esta modalidad proponen actividades en las que puedo participar con mi familia. <b>No aplica:</b> Cuando el niño o niña no cuenta con familia o red vincular.			
<b>VIII. COMPONENTE DE SALUD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿Cuándo lo has necesitado, has recibido atención médica?			
¿Has asistido a las citas médicas que te han programado?			
<b>IX. COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿Te ofrecen diariamente desayuno, almuerzo, comida y 2 refrigerios? Aplica para internado, casa hogar, casa universitaria y casa de protección y hogar sustituto.			
¿Te ofrecen diariamente almuerzo y 2 refrigerios? Aplica para externado jornada completa.			
¿Te ofrecen diariamente almuerzo y 1 refrigerio? Aplica para externado media jornada.			
¿Te ofrecen 1 refrigerio cuando acudes a las sesiones programadas? Aplica para la modalidad Intervención de apoyo psicosocial.			
¿El sabor y presentación de los alimentos es agradable?			
¿Dentro de los alimentos que te ofrecen diariamente se encuentran frutas, verduras, carnes, lácteos, huevos, entre otros? <b>No aplica:</b> Para el servicio de Apoyo psicológico especializado e Intervención de apoyo psicosocial.			
¿En los refrigerios que te ofrecen diariamente se encuentran frutas, cereales y lácteos? <b>Aplica:</b> Para la modalidad Intervención de apoyo psicosocial.			
¿La vajilla (platos, vasos y cubiertos) en los que se presentan los alimentos se encuentran en buen estado y limpios? <b>No aplica:</b> Para las modalidades de Intervención de apoyo psicosocial y Apoyo psicológico especializado.			
¿El comedor se encuentra en adecuadas condiciones para el consumo de alimentos (limpio, ventilado, iluminado, con mobiliario en buen estado)? <b>No aplica:</b> Para las modalidades de Intervención de apoyo psicosocial y Apoyo psicológico especializado.			
¿Participas en talleres, sesiones educativas, entre otros, sobre educación alimentaria? <b>No aplica:</b> Para las modalidades de Intervención de apoyo psicosocial y Apoyo psicológico especializado.			

<b>X. ¿Qué es lo que más te gusta de la institución/hogar sustituto?</b>

<b>XI. ¿Qué es lo que menos te gusta de la institución/ hogar sustituto?</b>
--

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

 <b>BIENESTAR FAMILIAR</b>	<b>PROCESO PROTECCIÓN</b>  <b>ANEXO</b> <b>ENCUESTA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES CON Y SIN DISCAPACIDAD - SRD</b>	A34.G27.P	30/04/2024
		Versión 1	Página 5 de 6

**XII. ¿Qué te gustaría cambiar de la modalidad/hogar sustituto donde vives?**

**XIII. ¿Qué petición le harías a tu defensor/a o comisario/a de familia, a la institución/hogar sustituto o al ICBF?**

**XIV. OBSERVACIONES GENERALES DE EL O LA ADOLESCENTE/JOVEN:**


Registra las observaciones, sugerencias o peticiones que tengas frente a la atención que recibes en la institución.

**XV. OBSERVACIONES GENERALES DEL PROFESIONAL:**

Registre cualquier situación observada durante la aplicación de la encuesta que usted considere que representa un riesgo de amenaza y/o vulneración de derechos o para la continuidad de la prestación del servicio.

También puede utilizar este espacio para registrar información adicional que usted considere importante frente a las respuestas entregadas por la o el adolescente o joven. Por ejemplo: si se trata de una persona con discapacidad que utiliza sistemas alternativos y aumentativos de comunicación SAAC o persona de apoyo.

**¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

 BIENESTAR FAMILIAR	<b>PROCESO PROTECCIÓN</b>  <b>ANEXO</b> <b>ENCUESTA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES CON</b> <b>Y SIN DISCAPACIDAD - SRD</b>	A34.G27.P	30/04/2024
		Versión 1	Página 6 de 6

RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN	
Nombres y apellidos	Profesión
No. de documento de identidad	Firma

**CONTROL DE CAMBIOS.**

Fecha	Versión	Descripción del Cambio
N.A.	N.A.	

CLASIFICADA

**¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**