**1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD CONTRATISTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Entidad Contratista |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Documento NIT Entidad Contratista RUT | Número de Identificación del Entidad Contratista | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Número de Contrato | |  |
| Nombres Profesional | |  | | | | Apellidos Profesional | | | | | | | | | |  | |
| Tipo Documento del Profesional  CC PA CE | | | Número de Identificación Profesional | | | | | | | | | | | | |  | |
| Registro o Tarjeta del Profesional | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**2. INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Vivienda | | | Casa Cuarto Albergue Apartamento Vivienda Indígena/Palafito Inquilinato | | | | | | | | | | | | |
| País |  | | | Departamento |  | | | Municipio | |  | | | Ranchería | |  |
| Zona de ubicación:  Cabecera Resto | | | | Nombre Cabecera / Centro poblado | | | | |  | | Tipo de Cabecera: Localidad Comuna No Aplica | | | | |
| Nombre Localidad / Comuna | | |  | | | | Nombre del Barrio | | |  | |
| Nombre de la Zona Resto | |  | | | | | Dirección |  | | | |
| Número de Teléfono | |  | | | | | Tenencia de la vivienda: Propia En Arriendo Familiar Albergue Asentamiento | | | | | | | | |
| Tiene acceso a Servicios básicos: Agua y alcantarillado Energía eléctrica Gas Telefonía fija Internet Recolección de Basuras | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos completos | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Documento | | CC PA CE | | | | Número de documento: | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico | |  | | | | | | Número de Celular: | | | | | | | | | |
| Sexo Hombre Mujer Intersex | | | | | | | | Fecha de Nacimiento | | D | D | M | M | A | A | A | A |
| ¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? | | | | | SI NO | | Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, de lo contrario omítalas por favor. | | | | | | | | | | |
| Género  Femenino Masculino Trans No deseo responder Otro | | | | | | | Orientación sexual  Homosexual (Lesbiana - Gay) Heterosexual Bisexual Otro | | | | | | | | | | |
| País de nacimiento | |  | | Departamento de nacimiento | | | |  | Municipio de nacimiento | |  | | | | | | |
| Autorreconocimiento Grupo Étnico Palenquero Indígena  Afrocolombiano Raizal del Archipiélago de San Andrés Rrom/Gitano  Comunidad Negra y Providencia No se reconoce en ninguno de los anteriores | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Territorio |  | | | | | | Pueblo |  | | | | | | | | | |
| Comunidad |  | | | | | | Resguardo |  | | | | | | | | | |
| En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS*)* es*:* | | Beneficiario Régimen Subsidiado.  Beneficiario Régimen Contributivo  Beneficiario Régimen Especial.  Cotizante  No Afiliado(a). | | | | | Profesión: |  | | | | | | | | | |
| Ocupación: |  | | | | | | | | | |
| ¿Cuáles son sus ingresos mensuales promedio?  Menos de un SMLMV Un (1) SMLMV    Mas de un SMLMV No percibe ingresos | | | | | | ¿Cuál es el rol del jefe del hogar con respecto al beneficiario?  Padre/Madre Hermano/a  Padrastro/Madrastra Tío/abuelo  Otro Cuál \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |

**4. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA** (Una hoja por cada miembro del núcleo familiar. Inicie con el beneficiario de la Modalidad para el fortalecimiento de capacidades de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y sus familias)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos completos | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Documento | CC PA CE TI RC | | | | | | Número de documento: | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo Hombre Mujer Intersex | | | | | | | | | | Fecha de Nacimiento | | | D | D | M | M | A | A | A | A |
| ¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? | | | | | | SI NO | | | Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, de lo contrario omítalas por favor. De igual manera si el beneficiario es menor de 14 años omitir las dos preguntas. | | | | | | | | | | | |
| Género (mayor de 14 años)  Femenino Masculino Trans No deseo responder Otro | | | | | | | | | Orientación sexual (mayor de 14 años)  Homosexual (Lesbiana - Gay) Heterosexual Bisexual Otro | | | | | | | | | | | |
| País de nacimiento | |  | | Departamento de nacimiento | | | | | |  | Municipio de nacimiento | | |  | | | | | | |
| Autorreconocimiento Grupo Étnico Palenquero Indígena  Afrocolombiano Raizal del Archipiélago de San Andrés Rrom/Gitano  Comunidad Negra y Providencia No se reconoce en ninguno de los anteriores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Territorio | | | | | Comunidad | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Pueblo | | | | | Resguardo | | |  | | | | | | | | | | | | |
| En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS*)* es*:* | | | | | Beneficiario Régimen Subsidiado. Beneficiario Régimen Especial.  Beneficiario Régimen Contributivo No Afiliado(a). | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Actualmente asiste a un establecimiento educativo? | | SI NO    Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | ¿Cuál es la categoría de discapacidad certificada que presenta el participante?    Auditiva Física  Mental Psicosocial Múltiple  Intelectual Cognitiva Sordoceguera  Visual | | | | | | | Parentesco del participante con respecto al jefe de hogar:  Hijo/a Hermano/a  Nieto/a Hijastro/a  Primo/a Sobrino/a  Pariente Amigo/a  Otro | | | | | | | | |
| ¿El participante se encuentra inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? | | SI NO | | |
| Entidad que certifica:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| El participante requiere apoyos y/o ajustes para:  Movilidad  Comunicación  Actividades de la vida diaria  Actividades instrumentales de la vida diaria | | | | | ¿El participante requiere terapia y/o rehabilitación?  SI NO | | | | | | | ¿El participante recibe atención en terapia y/o rehabilitación?  SI NO | | | | | | | | |
| El participante se encuentra bajo alguna de las siguientes medidas de restablecimiento de derecho:  Hogar Sustituto Hogar Gestor  Ubicación en medio familiar Ninguna  Otra Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | En caso de contar con medida de restablecimiento de derechos indique el tiempo de permanencia en la misma:  Menos de un (1) año Un (1) año  Mas de un (1) año | | | | | | | Quien ejerce el cuidado del participante con discapacidad mientras permanece en la vivienda:  Hijo/a Hermano/a  Nieto/a Hijastro/a  Primo/a Sobrino/a  Pariente Amigo/a  Otro Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |

**5. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES, PROMOCIÓN DE DERECHOS Y CORRESPONSABILIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARÁMETRO** | **Criterios de cada parámetro**  **(Rangos de valoración)** | **Escala de calificación** | | | | | | **DESCRIPCIÓN**  **Describir la situación encontrada en relación con el puntaje asignado en la columna anterior** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Frente a las entidades y actores que forman el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y que están presentes en el territorio, los miembros de la familia presentan: | Conoce el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y las entidades que conforman |  |  |  |  |  |  | **En este espacio deben registrar la relación con el puntaje asignado en la columna anterior. Para el caso de la percepción de los servicios de las entidades que conforman el SNBF se deberá indagar por todos los sectores, registrar el de mejor calificación y en esta columna indicar el de menor puntaje o calificación.**  **Escala de calificación: Indicar el número uno (1) si es bajo y seis (6) si es alto de acuerdo con cada uno de los criterios establecidos para cada parámetro.** |
| Conocimiento de los servicios que prestan las entidades que conforman el SNBF |  |  |  |  |  |  |
| Percepción frente a los servicios de las entidades que conforman el SNBF |  |  |  |  |  |  |
| Conocimiento de las rutas para acceder a los servicios de las entidades que conforman el SNBF |  |  |  |  |  |  |
| Acceso a los servicios que prestan |  |  |  |  |  |  |
| Frente a los derechos y deberes de la familia como un actor del SNBF | Existe conocimiento sobre los derechos de los NNA con discapacidad y la forma de garantizarlos |  |  |  |  |  |  |  |
| La familia presenta el conocimiento para exigir y garantizar los derechos de sus integrantes (mecanismos y rutas) |  |  |  |  |  |  |  |
| La familia se auto reconoce como actor corresponsable en la garantía de los derechos de los NNA |  |  |  |  |  |  |  |
| La familia desarrolla acciones en cumplimiento de sus deberes como actor corresponsable en la garantía de derechos y prevención de vulneraciones |  |  |  |  |  |  |  |

1. **PREVENCIÓN DE RIESGOS Y VULNERACIONES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARÁMETRO** | **Criterios de cada parámetro**  **(Rangos de valoración)** | **Escala de calificación** | | | | | | **DESCRIPCIÓN**  **Describir la situación encontrada en relación con el puntaje asignado en la columna anterior** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Frente a los posibles riesgos y vulneraciones presentes en la familia | La familia identifica situaciones que amenazan, vulneran o ponen el riesgo los derechos de los NNA |  |  |  |  |  |  |  |
| Existe conocimiento sobre las acciones necesarias para prevenir que estos riesgos sucedan |  |  |  |  |  |  |  |
| La familia presenta antecedentes de vulneración de derechos |  |  |  |  |  |  | **Identificar riesgos o vulneraciones de derechos con respecto a otros miembros de la familia (víctimas de abuso sexual, trata de personas, etc.)** |

1. **VÍNCULOS, REDES DE APOYO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARÁMETRO** | **Criterios de cada parámetro**  **(Rangos de valoración)** | **Escala de calificación** | | | | | | **DESCRIPCIÓN**  **Describir la situación encontrada en relación con el puntaje asignado en la columna anterior** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Frente a la relación y convivencia entre miembros de la familia: | Vínculos emocionales estables y significativos |  |  |  |  |  |  |  |
| Espacios para diálogo, concertación, resolución de conflictos y toma de decisiones |  |  |  |  |  |  |
| Influencia y participación de los niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones familiares |  |  |  |  |  |  |
| Influencia de los niños, niñas y adolescentes en el estilo de crianza, disciplina y ejercicio de autoridad de padres y cuidadores |  |  |  |  |  |  |  |
| Frente a la relación y convivencia entre miembros de la familia y sus redes de apoyo: | Red de apoyo suficiente y vínculos significativos |  |  |  |  |  |  | **Describir el tipo de apoyo psicológico, emocional, económico, etc.** |
| Espacios para el intercambio de experiencias |  |  |  |  |  |  |  |
| Influencia de las redes de apoyo en la toma de las decisiones de la familia |  |  |  |  |  |  |  |

1. **PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARÁMETRO** | **Criterios de cada parámetro**  **(Rangos de valoración)** | **Escala de calificación** | | | | | | **DESCRIPCIÓN**  **Describir la situación encontrada en relación con el puntaje asignado en la columna anterior** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Frente a la participación en organizaciones comunitarias y/o grupos de interés | Pertenencia a organizaciones comunitarias (JAL, JAC, Cabildos, Consejos comunitarios, Mesa de Infancia Adolescencia y Familia, Consejos locales, municipales o departamentales de discapacidad), grupos políticos, religiosos, deportivos, sociales, etc. |  |  |  |  |  |  | **En caso de responder NO, indagar si la familia o alguno de sus miembros se encuentra interesado en ser parte de alguna organización comunitario o grupo de interés.** |
|  | Participación en las actividades que implementan las organizaciones comunitarias (JAL, JAC, Cabildos, Consejos comunitarios, Mesa de Infancia Adolescencia y Familia, Consejos locales, municipales o departamentales de discapacidad), grupos políticos, religiosos, deportivos, sociales etc. a las que pertenece |  |  |  |  |  |  |  |

1. **ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PARA EL CUIDADO, LA CRIANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE NIÑAS, NIÑOS O ADOLESCENTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARÁMETRO** | **Criterios de cada parámetro**  **(Rangos de valoración)** | **Escala de calificación** | | | | | | **DESCRIPCIÓN**  **Describir la situación encontrada en relación con el puntaje asignado en la columna anterior** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Frente al proyecto como familia a mediano y largo plazo: | El núcleo familiar cuenta con un proyecto como familia que incluye superación de barreras del entorno |  |  |  |  |  |  |  |
| La familia proyecta en su realidad cotidiana las acciones plasmadas en su plan de fortalecimiento familiar |  |  |  |  |  |  |
| ¿Cómo visualiza a su niña, niño o adolescente en el presente y en el futuro? |  | | | | | | | |
| ¿Qué cree que le falta a su niña, niño o adolescente para mejorar su calidad de vida? |  | | | | | | | |
| ¿En qué aspecto de su plan familiar le gustaría ser acompañado por parte del equipo psicosocial? |  | | | | | | | |

1. **PLAN DE MEJORAMIENTO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE** | **OBJETIVOS** | **ACCIONES** | **TIEMPO** | **META** |
| Fortalecimiento capacidades promoción de derechos-Corresponsabilidad |  |  |  |  |
| Prevención de riesgos, vulneraciones |  |  |  |  |
| Vínculos y redes de apoyo |  |  |  |  |
| Comunicación asertiva |  |  |  |  |
| Participación social-comunitaria |  |  |  |  |
| Orientación y acompañamiento para el cuidado, la crianza y fortalecimiento de capacidades de su niña, niño o adolescente. |  |  |  |  |
| Preparación para el egreso | **Acciones a desarrollar durante la preparación para el egreso, según los resultados obtenidos durante la atención, el cumplimiento de objetivos o el cumplimiento de criterios para el egreso.** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES Y ACUERDOS:** |
| **COMPROMISOS:** |

*Profesional que diligencia el formato (nombre, cargo y firma):*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre de los Padres, Madres o Adultos cuidadores:*  *Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *Nombre del Niño, Niña o Adolescente con discapacidad participante de la Modalidad:*  *Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Firma o huella: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *TI.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |