|  |  |
| --- | --- |
| **Regional** | **Centro Zonal** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL OPERADOR** | | |
| **Nombre del Operador** |  | |
| **No contrato de aporte** |  | |
| **DATOS DEL EQUIPO DE TALENTO HUMANO** | | |
| **Nombre del profesional del equipo de talento humano que realiza la visita** |  | **C.C.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO** | |
| **Ubicación de la vivienda Familiar:** |  |
| **Zona de Ubicación:** | **Urbano Rural Rural disperso** |

* **Datos de Identificación del Grupo Familiar**

Diligencie esta información, relacionando los integrantes de la familia de mayor a menor, iniciando con el jefe de familia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR** | | | | |
| **N°** | **Nombres y Apellidos** | **Documento de identidad** | **Parentesco** | **Grupo étnico** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Identificación y priorización de la Familia**

Describa el proceso que se dio para identificar y priorizar esta familia como beneficiaria de las visitas de acompañamiento Familiar. Identifique factores, criterios que permitieron la priorización.

Tenga en cuenta que el equipo de talento humano a partir de las necesidades evidenciadas en los diferentes encuentros, tales como la aplicación del diagnóstico participativo, la caracterización, los encuentros comunitarios en familia o algunos casos referenciados por las autoridades o miembros de la comunidad, o por solicitud de las mismas familias entre otros, debe identificar y priorizar el 25 % de las familias.

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACION DE LA FAMILIA** | |
|  | |
|  |

* **Visitas de Acompañamiento Familiar**

Busca generar un acercamiento a las familias para identificar, fortalecer y potenciar junto con ellas habilidades y competencias, mediante el abordaje de temas que contribuyan al fortalecimiento y/o construcción de relaciones familiares y comunitarias positivas para generar entornos protectores, de bienestar y buen vivir.

* **Primera Visita de Acompañamiento Familiar**

Tiene como objetivo realizar una presentación inicial que reafirme a las familias el objetivo de las visitas, presentar en que consiste, que busca y como se llevará a cabo, así mismo, conocer a la familia y promover un clima de confianza, cercanía y entablar una conversación o diálogo de saberes para analizar e identificar a partir de las necesidades e intereses de cada familia los temas que se abordarán en las siguientes visitas.

A partir de los temas que prioricen las familias, es competencia de los profesionales de la Unidad de Atención, estructurar las metodologías y actividades para orientar el abordaje de los temas en las siguientes visitas, en este sentido debe analizar si las temáticas priorizadas tienen concordancia con los temas que contempla la GOTH, de esa forma podrá emplear esta herramienta como insumo para orientar las reflexiones familiares entorno a la protección de los miembros de las familias y el fortalecimiento de sus capacidades y recursos para promover dinámicas familiares de reconocimiento y goce de derechos individuales y colectivos en el grupo familiar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de visita:** | **Hora inicio de la visita** | | **Hora finalización de la visita** |
| **DD / MM / AAAA** |  | |  |
| **OBJETIVO DE LA VISITA** | | | |
|  | | | |
| **DESARROLLO DE LA VISITA** | | | |
|  | | | |
| **TEMAS IDENTIFICADOS POR LA FAMILIA** | | | |
| **TEMAS** | | **FECHA PROGRAMACIÓN DE LA VISITA** | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **COMPROMISOS DE LA FAMILIA** | | | |
|  | | | |
| **FIRMAS DE LOS PARTICIPANTES** | | | |
| POR LA FAMILIA:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:  CC:  Teléfono de contacto: | | POR EL EQUIPO DE TALENTO HUMANO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:  CC:  Teléfono de contacto: | |

* **Segunda Visita de Acompañamiento Familiar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de visita:** | **Hora inicio de la visita** | | **Hora finalización de la visita** |
| **DD / MM / AAAA** |  | |  |
| **OBJETIVO DE LA VISITA** | | | |
|  | | | |
| **TEMA** | | | |
|  | | | |
| **DESARROLLO DE LA VISITA** | | | |
|  | | | |
| **RECONOCIMIENTO DE LOGROS FAMILIARES ALCANZADOS Y POR ALCANZAR** | | | |
|  | | | |
| **COMPROMISOS DE LA FAMILIA** | | | |
|  | | | |
| **FIRMAS DE LOS PARTICIPANTES** | | | |
| POR LA FAMILIA:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:  CC:  Teléfono de contacto: | | POR EL EQUIPO DE TALENTO HUMANO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:  CC:  Teléfono de contacto: | |

* **Tercera Visita de Acompañamiento Familiar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de visita:** | **Hora inicio de la visita** | | **Hora finalización de la visita** |
| **DD / MM / AAAA** |  | |  |
| **OBJETIVO DE LA VISITA** | | | |
|  | | | |
| **TEMA** | | | |
|  | | | |
| **DESARROLLO DE LA VISITA** | | | |
|  | | | |
| **RECONOCIMIENTO DE LOGROS FAMILIARES ALCANZADOS** | | | |
|  | | | |
| **RETOS DE LAS FAMILIAS** | | | |
|  | | | |
| **COMPROMISOS DE LA FAMILIA** | | | |
|  | | | |
| **FIRMAS DE LOS PARTICIPANTES** | | | |
| POR LA FAMILIA:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:  CC:  Teléfono de contacto: | | POR EL EQUIPO DE TALENTO HUMANO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:  CC:  Teléfono de contacto: | |