Instrucciones generales de diligenciamiento:
1. Los con fondo gris no deben ser modificados ni diligenciados, estos se encuentran formulados
2. En el caso de que se requiera indicar números estos se deben expresar sin puntos y/o comas

1. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato de aporte Número: **17001482020**	**Cupos:** **210**	**Servicio que presta:** **CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL**	
Fecha de Inicio de la Prestación del Servicio: 17 DE FEBRERO DE 2020		**Período reportado:** 7 DE FEBRERO DE 2020 A 30 DE MAYO DE 2020	
Municipio(s) en el que se ubica el servicio: **MANIZALES**			**N° de unidades de servicio:** **1**
Nombre de la Entidad Administradora del Servicio (EAS): **HOGAR INFANTIL LAS PALOMAS**		**Nombre del Representante Legal de la (EAS):** **MARTHA LIGIA REINOSA RODRÍGUEZ**	
Regional: **CALDAS**		**Centro(s) Zonal(es) que supervisa(n):** **CENTRO ZONAL MANIZALES 1**	
Nombre(s) del (los) Supervisor(es): **SORANNY ROCÍO QUINTERO JARAMILLO**			

2. INFORME GENERAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA

ASPECTO A EVALUAR	NÚMERO	% EN RELACIÓN A LOS CUPOS CONTRATADOS	ALERTAS Y OBSERVACIONES
Total de cupos contratados	210		
Total de niñas y niños atendidos en el periodo	196	93%	
Total de mujeres gestantes atendidas en el periodo (aplica para DIMF, MP, HCB FAMI)	0	0%	
Usuarios nuevos en el periodo	68	32%	
Usuarios reportados con calidad en el sistema de información del ICBF en el periodo	196	93%	
Usuarios con discapacidad atendidos (incluye madres gestantes y mujeres en periodo de lactancia)	0	0%	

3. RELACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS RETIRADOS

ASPECTO A EVALUAR	NÚMERO	% EN RELACIÓN A LOS CUPOS CONTRATADOS	ALERTAS Y OBSERVACIONES
Niñas y niños que se retiraron durante el período	3	1%	
Mujeres gestantes que se retiraron durante el período	0	0%	
Niñas y niños que ingresaron en el período	196	93%	
Niñas y niños que se registraron con calidad en el sistema de información del ICBF	196	93%	

4. ACCIONES ENFOCADAS PARA LOGRAR LA GARANTIA DE DERECHOS

ASPECTO A EVALUAR	N° DE CASOS AL INICIAR EL CONTRATO	N° DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE	% DE AVANCE EN RESOLUCIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES	ALERTAS Y OBSERVACIONES
Niñas y niños sin registro civil	4	4	100%	
Niñas y niños sin afiliación a salud	0	0	#¡DIV/0!	
Mujeres gestantes y madres lactantes sin afiliación a salud	0	0	#¡DIV/0!	
Niñas y niños sin control de crecimiento y desarrollo	0	0	#¡DIV/0!	
Niñas y niños sin esquema de vacunación completo acorde a su edad al inicio del contrato	0	0	#¡DIV/0!	
Casos de malnutrición identificados	0	0	#¡DIV/0!	
Casos identificados de signos de malnutrición	31	31	100%	

ASPECTO A EVALUAR		N° DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE	TOTAL DE CASOS REPORTADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS
Número de casos de malnutrición reportados a las Entidades correspondientes	Desnutrición	0		Riesgo a Desnutrición 2 Riesgo de Sobrepeso 25
	Sobrepeso u Obesidad	4		

ESTADO NUTRICIONAL		N° DE NIÑOS, NIÑAS Y/O MADRES GESTANTES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	% DE NIÑOS, NIÑAS Y/O MADRES GESTANTES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS
Descripción cuantitativa del diagnóstico nutricional (Reportar trimestralmente)	Desnutrición Aguda	0	0	
	Desnutrición Crónica	0	0	
	Desnutrición Global	0	0	
	Normal o eutrófico	149	0,973856209	
	Sobrepeso	4	0,026143791	
	Obesidad I	0	0	
	Obesidad II	0	0	
	Obesidad III	0	0	
TOTALES		**153**	**100%**	

Describa brevemente las actividades desarrolladas durante el período reportado para promover la salud y nutrición de las niñas y niños atendidos	- En el mes una madre usuaria que trabaja en la Territorial de Caldas dicto una Capacitación para el Talento Humano del CD

SITUACIONES DE MALTRATO		N° DE NIÑOS, NIÑAS Y/O MADRES GESTANTES	NUMERO DE CASOS DE MALTRATO REPORTADOS A LAS ENTIDADES CORRESPONDIENTES	ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS
	Violencia intrafamiliar			

Número de casos de maltrato identificados en el la Unidad de Servicio	Maltrato infantil		
	Violencia sexual		
	Negligencia	1	1
	Explotación sexual		
	Otros		
TOTALES		**1**	**1**

5. PROCESOS EDUCATIVOS Y PEDAGÓGICOS CON NIÑOS, NIÑAS, FAMILIAS Y/O CUIDADORES

De acuerdo con su proyecto pedagógico describa las estrategias planeadas y las ejecutadas en el período reportado, teniendo en cuenta las actividades rectoras: Juego, Arte, Literatura y Exploración del Medio.

ACTIVIDADES ADELANTADAS	N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS	N° DE ASISTENTES	N° TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADELANTADAS
Procesos de formación con familias o cuidadores ejecutadas en el POAI para el periodo reportado				
Número de visitas de acompañamiento a los hogares o familias				

6. DESARROLLO DEL POAI

Enuncie las dificultades que encontraron para desarrollas las acciones propuestas para cada uno de los componentes del POAI	Componente Pedagógico	
	Componente de Salud y Nutrición	
	Componente de ambientes educativos y protectores	
	Componente de familia, comunidad y redes	
	Componente administrativo y de gestión	
	Componente de talento humano	

7. INFORME DEL TALENTO HUMANO

CARGO	N° DE PERSONAS VINCULADAS	N° DE MADRES COMUNITARIAS QUE TRANSITARON Y QUE OCUPAN EL CARGO	N° ACUMULADO DE PERSONAS QUE SE DESVINCULARON	OBSERVACIONES

Coordinadores	1			
Agentes educativos o maestros	10			
Profesionales de Atención Psicosocial	1			
Profesionales de Nutrición	1			
Auxiliares Pedagógicos	4			
Manipuladores de Alimentos	4			
Auxiliares de Servicios Generales	2			
Auxiliares Administrativos	1			
Otros (especificar cuáles)	1			1 Nutricionista (Angela María Botero)
Total	**25**	**0**	**0**	
Procesos de formación con agentes educativos	**N° DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS**	**N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS**	**N° TOTAL DE ASISTENTES**	**BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**

8. OBSERVACIONES GENERALES

ANEXOS
1. Copia de la remisión de los casos de malnutrición reportados a las Entidades
2. Copia de la remisión de los casos de vulneración de derechos reportados a las Entidades

MARTHA LIGIA REINOSA RODRIGUEZ	
Nombre y apellido del Representante Legal de la EAS	**Firma del representante Legal de la EAS**
Nombre y firma de quien revisó	**Nombre y firma de quien aprobó**

Notas:
1. Las celdas sombreadas en gris claro, se encuentran formuladas por ello no se debe realizar ninguna modificación