REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP

NOMBRE DE LA UDS: LAS SEMILLITAS

FECHA DE ENTREGA 10 DE JULIO DE 2020

NOMBRE DEL BENEFICARIO: **YHEIDAN ANDRÉS BARRERA NARVAEZ**	NOMBRE DEL BENEFICARIO: **SOPHIA VALENTINA PUJIMUY TANDIOY**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: **RAYDELIZ ANTONELLA MARTINEZ AGREDA**	NOMBRE DEL BENEFICARIO: **JASSMIN JULIANA GETIAL ROSERO**
	

NOMBRE DEL BENEFICARIO: **EMILY VIVIANA JACANAMIJOY JOJOA**	NOMBRE DEL BENEFICARIO: **THIAGO ALEJANDRO BOTINA BENAVIDES**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: **JHOJAN ALEJANDRO JACANAMIJOY JOJOA**	NOMBRE DEL BENEFICARIO: **ALLISON LORENA ZAMBRANO ALVAREZ**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: **DIEGO ALEJANDRO MOLINA PADILLA**	NOMBRE DEL BENEFICARIO: **KATHERIN NICOL QUIGUANAS VERA**
	

NOMBRE DEL BENEDICIARIO: **RUBERT GABRIEL GARCIA TISOY**	NOMBRE DEL BENEFIARIO: **DARLYN SHIRLEY JOSA JACANAMIJOY**
	

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: MARIA HILDA ARTEAGA LOPEZ
MES DE JULIO DE 2020

FUNPERS

FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL

JULIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP, KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: LINDOS SUEÑOS FECHA DE ENTREGA 09 DE JULIO 2020

	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DAYER FELIPE CABRERA	NOMBRE DEL BENEFICIARIO: EMIR ALEJANDRO ESTRADA
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: MAILY ALEXANDRA CHASOY	NOMBRE DEL BENEFICIARIO: MARIA ISABEL GARCIA
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: CRISTIAN CAMILO NARVAEZ	NOMBRE DEL BENEFICARIO: YESID AYENDI MADROÑERO

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: MARIA ISABELA AGREDA	NOMBRE DEL BENEFICARIO: EDISON STIVEN CASTRO
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: NIYEIDY ESPINOZA	NOMBRE DEL BENEFIARIO: ANGELA MELISSA ACHICANOY
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: YEISON MUJANAJINSOY	NOMBRE DEL BENEFICIARIO: JUAN FELIPE GARCIA

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: LIGIA RAMOS
MES DE JUNIO de 2020

JULIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP ,

NOMBRE DE LA UDS LOS ANGELITOS FECHA DE ENTREGA 9 DE JULIO DE 2020

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: AXEL NICOLAS JAJOY QUINCHOA	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: ARIANA VALERIA RIVERA JOSSA**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: KEIDY ALEXANDRA ORDOÑEZ JANAMEJOY	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: YAIRA LISETH CORDOBA INAGAN**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: SAMUEL ALEJANDRO JANAMEJOY QUENGUAN	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: DANNA SOFIA REVELO GOMEZ**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: IAN FRIEDRICH CRIOLLO PAZ	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: DYLAN ESTIVEN MUYUY DIAZ**

	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: MIGUEL ALEJANDRO ESPAÑA MUJANAJINSOY	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: MATIAS ALDEMAR HERNADEZ DOMINGUES**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: ARIANA VALERIA JAJOY	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: LINA VALERIA RIVERA MUÑOZ**

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: <u>ONEYDA QUITIAQUEZ</u>
MES DE JULIO DE 2020

JULIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP , KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: LOS CARIÑOSITOS FECHA DE ENTREGA:09/07/2020

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: DANIELA INDIRA CARLOSAMA	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: ANTHONELLA DELGADO BACCA**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: ANDREA SARAY URBANO ZAMUDIO	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: LAURA VALENTINA NATES CORREDOR**

	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: IBETH VALENTINA GOMEZ DUARTE.	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO: ELIETTE TAMARA VIVAS JAJOY**
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: ISABELLA CATHERINE JOJOA.	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DIEGO ALEXANDER TIBANTA.**

	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: YOHAN ESTIBEN TAQUEZ.	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: MIGUEL ANDRES BACCA MADROÑERO**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: DILAN ALEXIS RIASCOS.	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: SARA MARIA MAVISOY BASTIDAS**

ELABORADO POR: Edy Pejendino.

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: Edy Nancy Pejendino.
MES DE JULIO de 2020

JUNIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP, KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: LOS CHIQUITINES FECHA DE ENTREGA 09/07/2020

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: James mujanajinsoy	**NOMBRE DEL BENEFICARIO SHANELL CORDOBA**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO CRISTIAN ERAZO	**NOMBRE DEL BENEFICARIO EDISON BOLAÑOS**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO ISAAC MORALES	**NOMBRE DEL BENEFICARIO YERAL RUIZ**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO Mariangel collazos	**NOMBRE DEL BENEFICARIO JHON CARILLO**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO EMANUEL CABICHE	**NOMBRE DEL BENEFIARIO JESUS CUASTUMAL**

	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO EMANUEL CAIPE	**NOMBRE DEL BENEFIARIO SAMANTA PARRA**

ELABORADO POR: MARIA DE LOS ANGELES BURBANO

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: MARIA DE LOS ANGELES BURBANO
MES DE JULIO de 2020

JULIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP , KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: LOS PEQUEÑINES FECHA DE ENTREGA 09 DE JULIO DE 2020

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: **DIEGO JULIAN JAJOY CHINDOY**	**NOMBRE DEL BENEFICARIO** **CAMILO JOSE CHINDOY QUINCHOA**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO **CHRISTIAN JAVIER JAMIOY QUINCHOA**	**NOMBRE DEL BENEFICARIO** **DILAN ARMANDO MUCHACHASOY QUINCHOA**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO **DANIEL ALEJANDRO TANDIOY CHINDOY**	**NOMBRE DEL BENEFICARIO** **ANGEL GABRIEL ESTEBAN TANDIOY**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO **TANIA SOFIA AGUILLON JUAJIBIOY**	**NOMBRE DEL BENEFICARIO** **CAREN YASMIN BUESAQUILLO JACANAMEJOY**

	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO **PAULA STEFANY ILES JOJOA**	**NOMBRE DEL BENEFIARIO**
NOMBRE DEL BENEDICIARIO	**NOMBRE DEL BENEFIARIO**

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: _____NATIVIDAD CHINDOY_____
MES DE JULIO de 2020

JUNIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP , KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: Mi Mundo Feliz FECHA DE ENTREGA: 09/07/2020

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: MIGHEL SEBASTIAN CABRERA CALDERON	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: PABLO ANDRES LASSO CHASOY**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: DILAN EDUARDO GARCIA CASTILLO	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO: ANDRES FELIPE YELA ROSERO**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: DYLAN ANDRES MERINO MASMUTA	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: DIEGO ALEJANDRO OVIEDO GUERRERO**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: EIMY TAMARA ROSERO CUSCUE	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: EVELIN TATIANA ROSERO CUSCUE**

	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: ANGIE VALENTINA PAZ GUSTIN	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: LUIS CARLOS JOJOA RIASCOS**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: MARLON SAUL ERAZO MUTUMBAJOY	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: JUAN JOSE ERAZO MUTUMBAJOY**

ELABORADO POR: Carmen pejendino

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: Carmen Del Pilar Pejendino
MES DE JULIO de 2020

JULIO de 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP

NOMBRE DE LA UDS: MI PEQUEÑO MUNDO # 1 FECHA DE ENTREGA 10 JULIO 2020

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: CARLOS JAOAQUIN BENAVIDES TORRES	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: KARLA SOFIA JURADO ZAMBRANO**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: ALAN EMANUEL MONTENEGRO SUAREZ	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: MARIA SELESTE ARROYO CORDOBA**

	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: MARIA SALOME BURBANO VELASQUEZ	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO: EYMI GABRIELA MUÑOZ PACHICHANA**
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: PAULA ANDREA BUESAQUILLO PAZ	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO: MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHABUD**

	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO : SANTIAGO ANDRES REVELO JURADO	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: EILYN ALENA TISOY ASCUNTAR**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO : JAMES ADRIAN BUESAQUILLO AGREDA	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: RAZIEL EZEQUIEL SANCHEZ AGREDA**

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: ERICA PALACIOS CORDOBA
MES DE JULIO de 2020

JUNIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP , KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: Mi pequeño mundo

FECHA DE ENTREGA 29/07/2020

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: Aura Nelly Urbano Muñoz	**NOMBRE DEL BENEFICARIO Juan David Narvaez Polo**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO Yigda Migdalia Burbano Martinez	**NOMBRE DEL BENEFICARIO Sandra Anabel Muriel Burbano**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO Maria Jose Ortega Orjuela	**NOMBRE DEL BENEFICARIO Rosa Helena Jajoy Juagibioy**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO Anamile Ruano Cuaical	**NOMBRE DEL BENEFICARIO Julie Fabiola Navarro Rozo**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO Ligia Marina Jamioy Tandioy	**NOMBRE DEL BENEFIARIO Ladi Tatiana Ceballos Segura**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO Maria Magdalena Chasoy Chasoy	**NOMBRE DEL BENEFIARIO Maria Angelica Jacanamejoy**

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: ____Aura Nelly Urbano_____

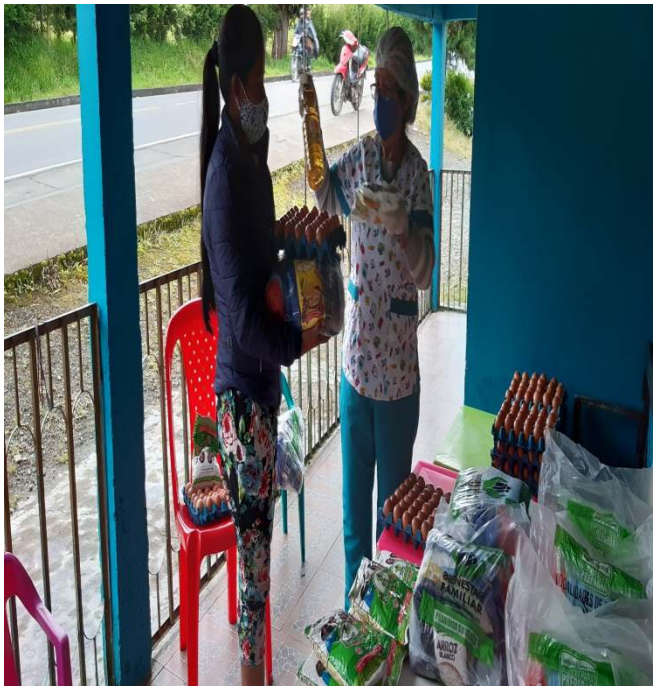
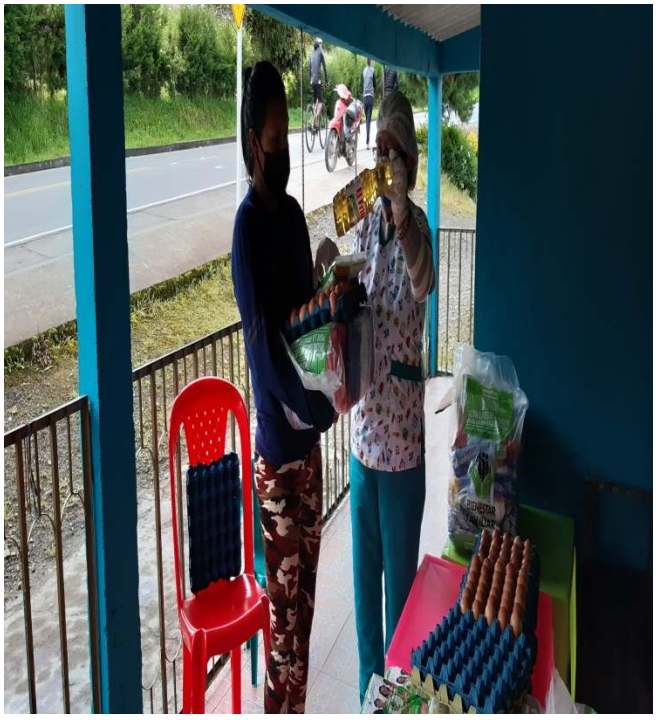
MES DE JUNIO de 2020

JULIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP , KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: PEQUEÑOS EXPLORADORES FECHA DE ENTREGA: 09/07/2020

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: BRAYAN DANILO YAMA PUZ	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: SAMUEL DAVID JUAGIBIOY JAMIOY**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: YOHAN SEBASTIAN SANTANDER LOPEZ	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: MAYERLY ELISABETH GETIAL MUCHACHASOY**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: VALERY SOFIA QUINCHOA CHASOY	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: DILAN SAMUEL CHASOY AGUILLON**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: LAURA VANESSA GUERRA CARLOSAMA	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: ALAN DAVID NARVAEZ JACANAMEJOY**

	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: JEIMY GABRIELA CORDOBA MERINO	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: SOFIA ANABELL MUÑOZ CHASOY**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: BRAYAN DANILO YAMA PUZ	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: IAN SAID MUJANAJINSOY CORDOBA**

ELABORADO POR: **BELLANIRA LOPEZ**

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: María Bellanira Lopez Solarte.
MES DE JULIO de 2020

JULIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP , KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: _____ FECHA DE ENTREGA _____

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: ANGELA GARCIA	**NOMBRE DEL BENEFICARIO DILAN JACANAMIJOY**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: BRANDON BOTINA	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: SAMUEL PEJENDINO**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: VALERY RODRIGUEZ	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: KAREN JOJOA**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: SAMIN TUPAC	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: HERNAN MENDOZA**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: DANIEL BUENO	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: EMILIANO NARVAEZ**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: DAVID MUÑOZ	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: ANDERSON JULIAN**

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: STELLA ARTEAGA
MES DE JULIO de 2020

JUNIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP, KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: *Semillita del saber* ***FECHA DE ENTREGA:*** *09/07 2020*

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: Ghisel Villota	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: Erwin Chacín**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: Indy Samary Jajoy	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: Juan Diego Pinchao**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: Juan Camilo Cuaspa	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: Sath Juan Carlos**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: Sarita López	**NOMBRE DEL BENEFICARIO: Mariana Ibarra**

	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: Alizon Narváez	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: Ariadna Achicanoy**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO: Marlon Urbano	**NOMBRE DEL BENEFIARIO: Amelia Arteaga**

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: Jenny Burbano
MES DE JUNIO de 2020

FUNPERS

FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL

JULIO DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP , KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: TSEM JENAN FECHA DE ENTREGA 9/07/2020

	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: ALISSON SAMARA SOLARTE JOSSA	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO:** JOSTHIN FERNANDO ALVAREZ JACANAMEJOY.
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: AMBE LEANDRO MUJANAJINSOY CHINDOY	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO:** VALERY THATIANA JUAJIBIOY CHINDOY.
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: HAILYN DARIANA IBARRA GARCIA	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO:** SAMUEL ALEJANDRO AGREDA MUTUMBAJOY

	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: LINA GUADALUPE NARVAEZ ADARME	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO:** CRISTIAN ESTIVEN ZAMBRANO MUÑOZ
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: LAURA ESPERANZA CHINDOY JACANAMEJOY	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO:** SAMUEL ANDRES BASTIDAS MARTINEZ.
	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: THIAGO MATIAS ENRIQUEZ SALAMANCA	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO:** MELANY TATIANA VALENCIA ESPAÑA.

ELABORADO POR: LUZ MARINA CHICUNQUE J.

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: ***LUZ MARINA CHICUNQUE J***
MES DE JULIO de 2020

Julio DE 2020

REGISTRÓ FOTOGRAFICO ENTREGA DE RPP, KIT Y CATILLA (EN ALGUNOS CASOS)

NOMBRE DE LA UDS: WAWAKUNAPA WASI___FECHA DE ENTREGA 10 /07/2020_

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO: **MARIA CELESTE NARVAEZ ROSERO**	**NOMBRE DEL BENEFICARIO** **BRENDA NIKOLE CHASOY ALQUEDAN**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO **JHOSELIN JISELA GUERRERO ALQUEDAN**	**NOMBRE DEL BENEFICIARIO** **ERIK STARLI AGREDA ROSERO**
	
NOMBRE DEL BENEFICARIO **JEREMIAS MOISES VALLEJO TANDIOY**	**NOMBRE DEL BENEFICARIO** **THAMIA JEREMITH VALLEJO TANDIOY**

	
NOMBRE DEL BENEFICARIO **EDEYNIYS DAYERTLIN TISOY JACANAMIJOY**	**NOMBRE DEL BENEFICARIO** **LUCIANA SALOME CUARAN PUERCHAMBUD**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO **BRANDON JHOEL JACANAMIJOY PUJIMUY**	**NOMBRE DEL BENEFIARIO** **KAREN JULIETH JOSA CHASOY**
	
NOMBRE DEL BENEDICIARIO **ANDREDS SEBASTIAN JANSASOY CASANOVA**	**NOMBRE DEL BENEFIARIO** **JOSE FERNANDO JOJOA PEJENDINO**

ELABORADO POR:

NOMBRE MADRE COMUNITARIA: __YOLANDA AGREDA__
MES DE JULIO de 2020

FUNPERS	CONTRATO NUMERO 091 SUSCRITO ENTRE ICBF Y FUNPERS MODALIDAD INSTITUCIONAL HCB	BIENESTAR FAMILIAR	
	OFICIO		

14/07/2020

Señoras Madres
Comunitarias del valle de Sibundoy

ref: seguimiento nutricional a niños y niñas beneficiarios de HCB cuyo diagnostico en riesgo de desnutrición.

Cordial saludo

Por medio del presente oficio me permito solicitarles de la manera más respetuosa, para en el último contacto telefónico del mes de junio de 2020
Se realice seguimiento nutricional a los siguientes niños y niñas ya **que en la toma del mes de febrero del 2020 sus diagnósticos nutricionales reportaban en riesgo de desnutrición por esta razón es necesario realizar un acompañamiento telefónico enfatizando en su estado de salud e identificar posibles amenazas a sus integridad y salud.**
A continuación, envió el listado de los niños y niñas a los que en le ultimo acompañamiento telefónico de salud y nutrición tal como lo muestra la imagen.



LOS CARIÑOSITOS	1124316401	NATES	CORREDOR	LAURA	VALENTINA
MI PEQUEÑO MUNDO 1	1121508999	REVELO	JURADO	SANTIAGO	ANDRES
CARITAS FELICES	1121508918	JACANAMIJOY	ROSERO	BENJJAMIN	JOSUE
INDIPAYAKU	1121508872	CUATINDIOY	JANSASOY	WIDINZON	DUVAN
LOS	1120070920	BOLAÑOS	RAMOS	EDISSON	FERNANDO
LA MARIZOLA	1121509100	GUERRERO	MOJOMBOY	JHOAN	SEBASTIAN
TSEM JENAN	1122786498	AGREDA	MUTUMBAJOY	SAMUEL	ALEJANDRO
SEMILLITAS DEL SABER	1030002459	ARTEAGA	PARDO	AMELIA	ISABEL
EL RINCONCITO	1121509109	CUATINDIOY	MOJOMBOY	MIGUEL	ALEXANDER
CARITAS ALEGRES	1120218454 2.150.555.361	CARLOSAMA ORTEGA	PANTOJA JUAJIBIOY	EVELIN WILLIAN	ZULAY DAVID
SAN SILVESTRE	1124316520	MARTINEZ	FUENMAYOR	ANA	MARIA
SEMILLITAS DEL SABER	1124316490	JAJOY	PINTA	INDY	SAMARY
PEQUEÑOS EXPLORADORES	1124316215	SANTANDER	LOPEZ	YOHAN	SEBASTIAN
NUEVA GENERACION	1120218731	CHINDOY	MAYA	EYMI	SOFIA

Además de diligenciar el formato de acompañamiento telefónico por favor realizar las siguientes preguntas, las cuales estas dirigidas a verificar por medio de la llama algún signo de alarma en su salud y activar las rutas en caso de se necesario.

FORMATO DE VISITA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

FECHA 17 07 2020 UDS: Caritas Alegres
NOMBRE DEL USUARIO: Evelin Zulay Carlosama Pantoja
RC:1.120.218.454 MUNICIPIO: San Francisco
TELEFONO:3213262168

1. MOTIVO DE LA CONSULTA: Acompañamiento telefónico con motivo de seguimiento.

al control de salud y nutricion

2. DESARROLLO DE LA CONSULTA: la niña se encuentra en buenas condiciones de salud.

REFIERE RESPONSABLE VIA TELEFÓNICA
¿Siente que ha ganado o perdido peso, al cargar a su hijo?

La mamita comenta que la niña si ha subido de peso.

PARÁMETRO ANTROPOMÉTRICOS:
Peso13.2 kg
Talla 103 cm

PARÁMETROS FISICOS
La Cabeza se ve grande respecto a su cuerpo: Normal
Cabello: Normal
Ojos: Abdomen: Normal
Brazos y piernas: Normal
Edema: Normal
Piel: Normal
Uñas: Normal
Labios: Normal
Palma de las manos y pies: Normal
Encías: Normal

SIGNOS DE ALARMA
Desgane: No
Llora excesivamente No
Se niega a recibir alimentos: No
Le da diarrea o gripa con facilidad: No

PARÁMETROS DE INGESTA
-Que dieta recibe (consistencia)(blanda o dura) Blanda
-Tiempos de comida. Mañana, medio dia y tarde con dos refrigerios entre mañana y tarde.
-Acepta dieta No.
-Apetito. Muy bueno.
-Quien prepara los alimentos La madre de la niña.

3. COMPROMISOS:

La madre de la niña se compromete a seguir dándole a su hija una buena alimentación Balanceada; como también continuar con su buena higiene y aseo. También manifestó que la que la niña se encuentra en buen estado de salud.

5. OBSERVACIONES

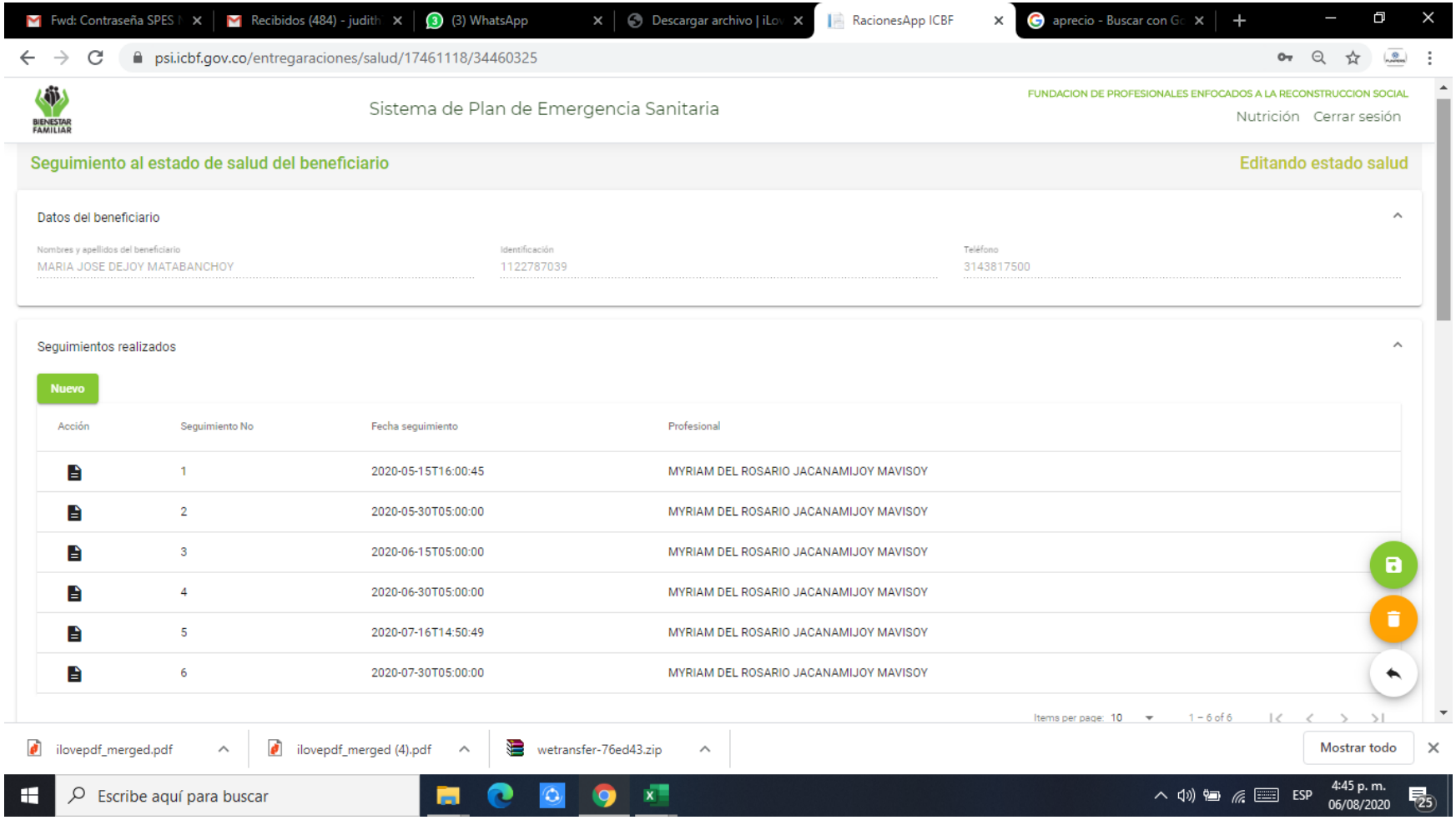
"COMER ES UNA NECESIDAD, PERO COMER INTELIGENTEMENTE ES UNA ARTE"

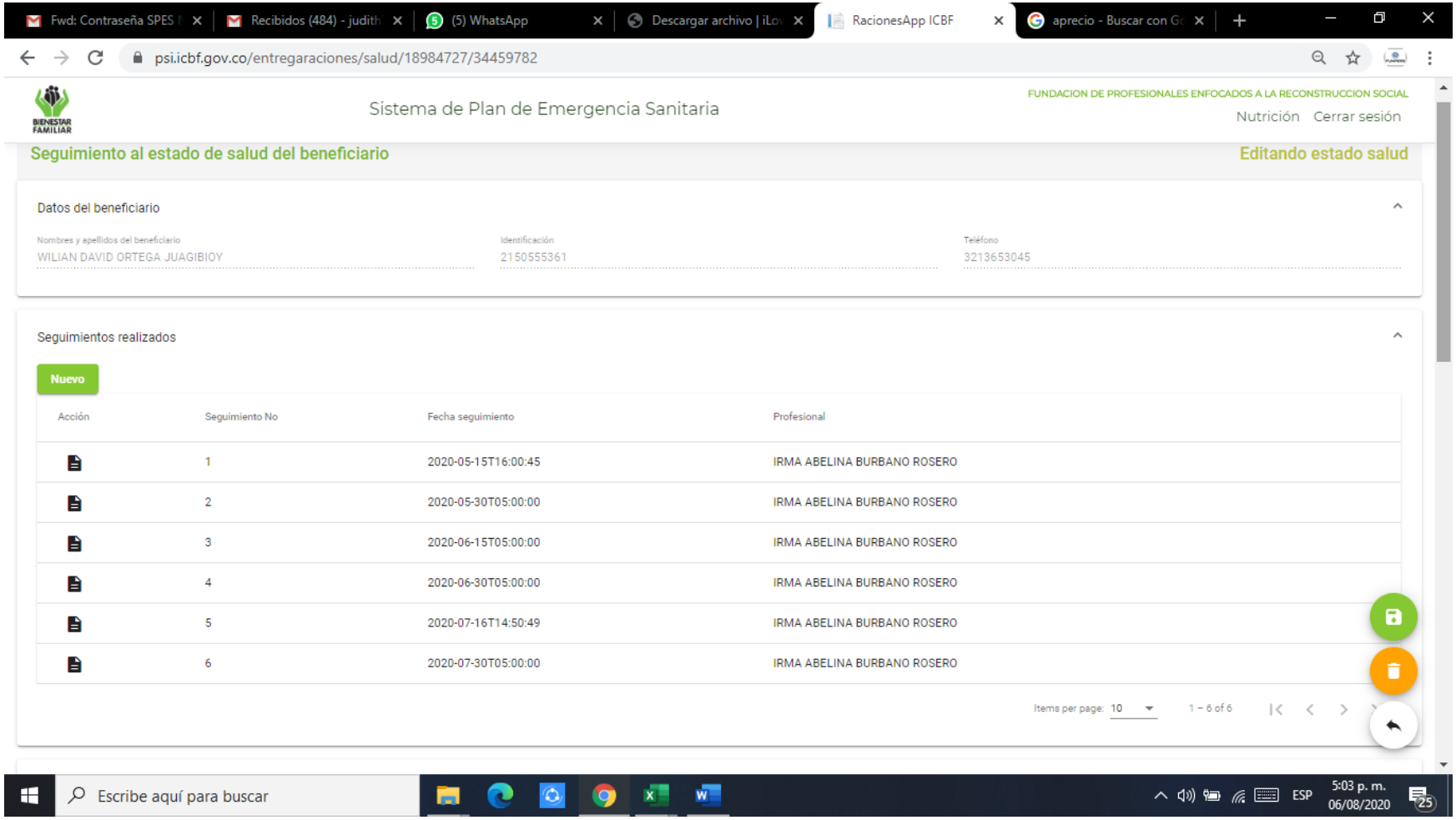
RECOMENDACIONES NUTRICIONALES
MALNUTRICIÓN POR DEFICIT

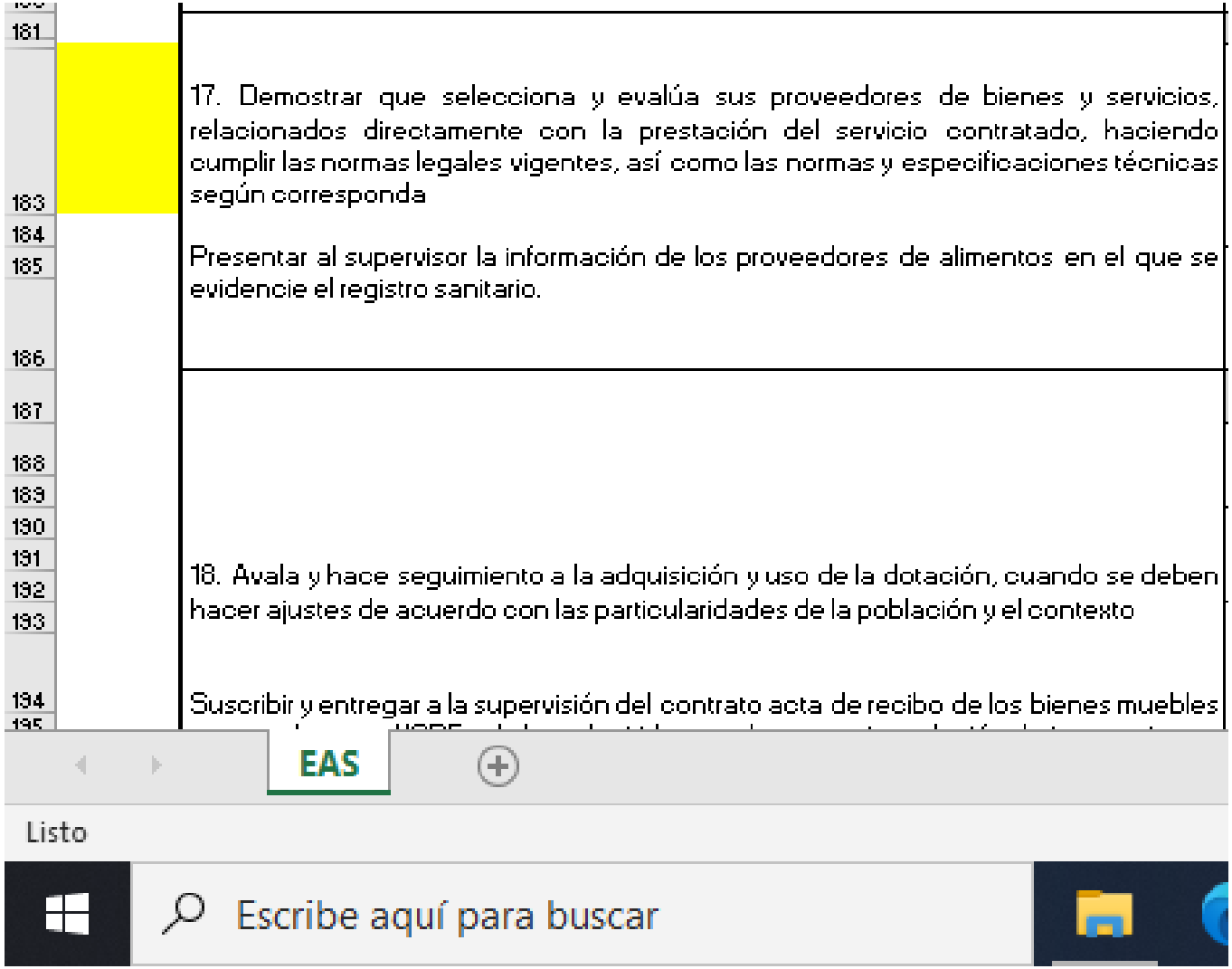
- Consumir una alimentación balanceada y saludable, incluyendo alimentos de los seis grupos (lácteos, verduras y frutas, cereales como arroz o pastas, carnes, granos y huevos, grasas y azúcares) en las cantidades recomendadas.
- Todos los tiempos de comida son importantes, pero el desayuno al ser la primera comida del día activa todos los sistemas y brinda la energía para iniciar las actividades, por lo tanto nunca la salte.
- Elija siempre entre las 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) para consumir cualquier verdura/ensalada. Si el niño no le recibe verduras entonces cuélelas o píquelas en trocitos muy pequeños de tal manera que no las sienta.
- Coma en familia.
- Consumir frutas 3 porciones de frutas y 2 de verdura
- Mantener horarios de comida y no saltarse ninguna toma.
- Consumir lácteos como leche, yogur, queso, de 2 a 3 veces al día
- Comer cada 3 horas hasta completar 5 comidas.
- Preferir alimentos que no contengan mucha grasa.
- Reducir el consumo de sal, utilizar máximo 1 cucharadita de sal o 5 gramos en todo el día.
- Si el niño no le recibe comida y no tiene alguna enfermedad, sea paciente e inicie estrategias para que coma.
- Hierva el agua antes de consumirla.
- Lávese las manos antes de preparar o manipular algún alimento.

Lilibeth Narváez Cabrera
Nutricionista - Dietista

Luz Edilma Carlosama P.
Padre/Madre o acudiente
C.C: 1.120.216.251


Fwd: Contraseña SPES
Recibidos (484) - judith
(3) WhatsApp
Descargar archivo | iLov
RacionesApp ICBF
aprecio - Buscar con G
psi.icbf.gov.co/entregaraciones/salud/17461118/34460325
BIENESTAR FAMILIAR
Sistema de Plan de Emergencia Sanitaria
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL
Nutrición
Cerrar sesión
Seguimiento al estado de salud del beneficiario
Editando estado salud
Datos del beneficiario
Nombres y apellidos del beneficiario
MARIA JOSE DEJOY MATABANCHOY
Identificación
1122787039
Teléfono
3143817500
Seguimientos realizados
Nuevo
Acción
Seguimiento No
Fecha seguimiento
Profesional
1 2020-05-15T16:00:45 MYRIAM DEL ROSARIO JACANAMIJOY MAVISOY
2 2020-05-30T05:00:00 MYRIAM DEL ROSARIO JACANAMIJOY MAVISOY
3 2020-06-15T05:00:00 MYRIAM DEL ROSARIO JACANAMIJOY MAVISOY
4 2020-06-30T05:00:00 MYRIAM DEL ROSARIO JACANAMIJOY MAVISOY
5 2020-07-16T14:50:49 MYRIAM DEL ROSARIO JACANAMIJOY MAVISOY
6 2020-07-30T05:00:00 MYRIAM DEL ROSARIO JACANAMIJOY MAVISOY
Items per page: 10
1 – 6 of 6
ilovepdf_merged.pdf
ilovepdf_merged (4).pdf
wetransfer-76ed43.zip
Mostrar todo
Escribe aquí para buscar
ESP
4:45 p. m.
06/08/2020


Fwd: Contraseña SPES
Recibidos (484) - judith
(5) WhatsApp
Descargar archivo | iLov
RacionesApp ICBF
aprecio - Buscar con G
psi.icbf.gov.co/entregaraciones/salud/18984727/34459782
BIENESTAR FAMILIAR
Sistema de Plan de Emergencia Sanitaria
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL
Nutrición
Cerrar sesión
Seguimiento al estado de salud del beneficiario
Editando estado salud
Datos del beneficiario
Nombres y apellidos del beneficiario
WILIAN DAVID ORTEGA JUAGIBIOY
Identificación
2150555361
Teléfono
3213653045
Seguimientos realizados
Nuevo
Acción
Seguimiento No
Fecha seguimiento
Profesional
1
2020-05-15T16:00:45
IRMA ABELINA BURBANO ROSERO
2
2020-05-30T05:00:00
IRMA ABELINA BURBANO ROSERO
3
2020-06-15T05:00:00
IRMA ABELINA BURBANO ROSERO
4
2020-06-30T05:00:00
IRMA ABELINA BURBANO ROSERO
5
2020-07-16T14:50:49
IRMA ABELINA BURBANO ROSERO
6
2020-07-30T05:00:00
IRMA ABELINA BURBANO ROSERO
Items per page: 10
1 – 6 of 6
Escribe aquí para buscar
ESP
5:03 p. m.
06/08/2020


181
17. Demostrar que selecciona y evalúa sus proveedores de bienes y servicios, relacionados directamente con la prestación del servicio contratado, haciendo cumplir las normas legales vigentes, así como las normas y especificaciones técnicas según corresponda
183
184
185
Presentar al supervisor la información de los proveedores de alimentos en el que se evidencie el registro sanitario.
186
187
188
189
190
191
18. Avala y hace seguimiento a la adquisición y uso de la dotación, cuando se deben hacer ajustes de acuerdo con las particularidades de la población y el contexto
192
193
194
Suscribir y entregar a la supervisión del contrato acta de recibo de los bienes muebles
EAS
Listo
Escribe aquí para buscar

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19	F3.A1.LM5.PP Versión 1

N°	0. Nombre de la Regional del contrato	1. Nombre del Centro Zonal del contrato	2. Fecha del Acompañamiento	3. Nombre de la UCA/UDS	4. Código Cuentame UCA/UDS	5. Municipio de residencia del usuario	6. Nombres y Apellidos de quien atiende la llamada	7. Nombres y Apellidos del Usuario -a	8. Fecha de valoración nutricional	9. El niño-a fue atendido por el sector salud	10. Si la respuesta anterior fue "Sí", responda ¿El usuario recibió tratamiento para la desnutrición aguda?	11. ¿En la última semana el usuario ha presentado síntomas como tos o fiebre o gripa?	12. ¿En la última semana el niño-a ha presentado diarrea o vómito?	Identificación de signos físicos de de				
														13. ¿Ambos brazos o piernas del niño-a se ven muy delgados o están hinchados?	14. ¿Al niño-a se le marcan las costillas y a la vez se ve barrigón?	15. ¿El cabello del niño-a se cae fácilmente, está seco y cambió de color?	16. ¿La piel del niño-a se torna seca y se ve áspera ?	17. ¿ Ha notado usted si el niño-a llora o se enoja con facilidad?
1	PUTUMAYO	SIBUNDOY	**15/07/2020**	NUEVA GENERACION	8675500026364	SAN FRANCISCO	RUBY DEL SOCORRO MATABANCHOY	MARIA JOSE MATAMBANCHOY	**02/06/2020**	NO	NO	NO	NO	NO	N	NO	NO	NO
2	PUTUMAYO	SIBUNDOY	**15/07/2020**	CARITAS ALEGRES	8675500026303	SAN FRANCISCO	MARGOTH pantoja ortega	WILLIAN DAVID JUAJIBIOY	**02/06/2020**	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3			dd/mm/aaaa				ELIZABETH		dd/mm/aaaa									
4			dd/mm/aaaa				PANTOJA		dd/mm/aaaa									
5			dd/mm/aaaa				ORTEGA		dd/mm/aaaa									
6			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
7			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
8			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
9			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
10			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
11			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
12			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
13			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
14			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
15			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
16			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
17			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
18			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
19			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
20			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									

Información a reportar a la Entidad Administradora del Servicio (EAS)

Al finalizar las llamadas haga el recuento de datos e informe a la Entidad Administradora del Servicio los siguientes datos:

1. Total de usuarios-as que presentaron desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA	
2. Total de usuarios identificados con desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA en la última toma nutricional de 2019	
3. Total de usuarios identificados con desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA en la toma nutricional de 2020	
4. Total de usuarios-as atendidos por el sector salud	
5. Total de usuarios-as que reciben tratamiento médico para la desnutrción aguda modera o severa	

6. Total de usuarios-as que presentaron tos o fiebre o gripa	
7. Total de usuarios-as que presenlaron diarrea o vómito	
8. Total de usuarios-as que presenten 1 o más signos físicos de desnutrición aguda moderada o severa	
9. Total de usuarios a los que se indicó asistir a los servicios de salud por presentar 1 o más signos físicos asociados a la desnutrición aguda moderada o severa.	

Nombres y apellidos del Nutricionista	
Número de matrícula profesional	

	22/04/2020
	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

esnutrición aguda			
18. ¿Ha notado usted si el niño- a prefire estar en quietud a otras actividades como jugar?	19. E ta última semana el niño- a no ha consumido los alimentos ofrecidos en dia	20. ¿Realizó la orientación de trasladar al niño-a al servicio de salud?	21. Otras novedades y observaciones
NO	SI	SI	LA NIÑA ESTA EN BUEN ESTADO E SALUD SEGÚN LO MANIFIESTA LA MADRE DE FAMILIA
NO	SI	SI	

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19**	**F3.A1.LM5.PP**	**22/04/2020**
		Versión 1	**Página 1 de 1**
		Clasificación de la Información: Pública	

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

El propósito de la llamada es identificar y hacer seguimiento sobre posibles situaciones que afecten la salud y signos físicos asociados a desnutrición aguda, los cuales pueden presenatrse en los ñiños-as en cualquier etapa de la vida. Es te documento va dirigido a los nutricionistas de las UDS/UCA/EAS para realizar el acompañamiento telefónico dando orientaciones claves y puntales a las familias para la identificación de signos de alarma en el hogar.

Nota 1: Este formato se aplica para todas las modalidades de atención a la primera infancia del ICBF.
Nota 2: Debe ser diligenciado por el nutricionista, para el servicio HCB integral este formato dee diligenciarlo el nutricionista y como mínimo registrar una llamada al mes por cada caso. De acuerdo con la periodicidad establecida para seguimiento nutricional en los manuales operativos de primera infancia.
Nota 3: Las preguntas marcadas en negrilla deben registrarse por UDS/UCA en el *Formulario web designado*
Nota 4: Tenga en cuenta el tiempo de duración de la llamada definido en el
A1.LM5.PP Anexo para la Prestación de los Servicios de Atención a la Primera Infancia del ICBF, Ante la Declaración de Emergencia Sanitaria COVID-19

0. Nombre de la Regional del Contrato: Seleccione el nombre de la regional donde se encuentra ubicada la UDS/UCA del contrato

1. Nombre del Centro Zonal del Contrato: Seleccione el nombre del centro zonal en el que se encuentra ubicada la UDS/UCA del contrato

2. Fecha de acompañamiento: Escriba en formato dd/mm/aaaa, la fecha en el que realiza el acompañamiento

3. Nombre de la UDS/UCA: Escriba de forma legible el nombre la UDS/UCA/GA sobre la cual se está diligenciando la información.

4. Código Cuentame UDS/UCA/GA: Indique el código número de la UDS/UCA/GA sobre la cual se está registrando la información.

5. Municipio de residencia del usuario: Escriba claramente el nombre del municipio, sin abreviaturas. Ejemplo: Santa Rosa de Lima

6. Nombres y Apellidos de quien atiende la llamada: Escriba el el nombre y apellidos completos de la persona que atienda la llamada, debe ser un adulto. Es preferible que esta llamada sea adelantada con el cuidador que se registra en el sistema de información Cuéntame.

7. Nombres y Apellidos del Usuario -a: Escriba el nombre y apellido completo del usuario, tal cual como se registra en el sistema de información Cuéntame.

8. Fecha de valoración nutricional: Registrar en el formato dd/mm/aaaa, ejemplo : 21/11/2019. La fecha en la que realizó o tiene registrado el último seguimiento nutricional el usuariox. *NOTA:Tenga en cuenta que estas acciones de acompañameinto se tomará la base de datos del último seguimiento nutricional de los usuarios registrads en el sistema de información Cuéntame.*

9. El usuario fue atendido por el sector salud: Haciendo seguimiento a la atención en salud a los casos de desnutrición, responda SI o No. Para el caso especifico, el usuario ha recibido tratamiento para la desnutricón aguda o se encuentra consumiendo fórmula terapeutca lista para el consumo - FTLC.

10. Si la respuesta anterior fue "Si", responda ¿El usuario recibió tratamiento para la desutrición aguda?: Indague si el usuario-a se encuentra consumiendo FTLC, fórmulada por su IPS. Responda Si o No.

11. ¿En la última semana el usuario ha presentado síntomas como tos o fiebre o gripa?: Indague con quien se establezca comunicación telefónica, por algun síntoma relacionado con tos, fiebre o gripa. Resalte que la pregunta va dirigida a la semana anterior a la llamada o la que está en curso. Tenga en cuenta que estos síntomas también se relacionan con COVID 19.

12. ¿En la última semana el usuario ha presentado diarrea o vómito?: Indague con quien se establezca comunicación telefónica, por síntomas relacionados con diarrea o vómito. Resalte que la pregunta va dirigida a la semana anterior a la llamada o la que está en curso.

Identificación de signos físicos de desnutrición aguda*

* Para realizar estas preguntas de manera clara, revise las orientaciones que se dan para la socialización con el interlocutor de estas preguntas, en donde se encuentran los signos de peligro relacionados con desnutrición aguda.

13. ¿Ambos brazos o piernas del niño-a se ven muy delgados o están hinchados?: Seleccione "SI" luego de verificar que sean **ambos** brazos o piernas que se observen muy delgados o hinchados, en caso que responda un solo brazo o pierna, seleccione "NO".

14. ¿Al niño-a se le marcan las costillas y a la vez se ve barrigón?: Seleccione "SI" luego de verificar que se presenten **ambas** condiciones , en caso que responda una sola condición, seleccione "NO".

15. ¿El cabello del niño-a se cae fácilmente, está seco y cambió de color?: Indague si al niño-a ha tenido **cambios** en su cabello presentando estos signos, en este caso seleccione "SI", de lo contrario seleccione "NO".

16. ¿La piel del niño-a se torna seca y se ve áspera?: Seleccione "SI" luego de verificar que se presenten ambas condiciones , en caso que responda una sola condición, seleccione "NO".

17. ¿ Ha notado usted si su niño-a llora o se enoja con facilidad?: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interbcutor la forma de adecuada de identificar si el niño-a se encuentra irritable.

18. ¿Ha notado usted si su niño- a prefire estar en quietud a otras actividades como jugar?: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interlocutor la forma de adecuada de identificar si el niño-a tiene signos de apatía

19. E la última semana el niño- a no ha consumido los alimentos ofrecidos en el día: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interlocutor la forma de adecuada de identificar el consumo total o parcial de los alimentos servidos al niño-a o la lactancia materna.

20. ¿Realizó la orientación de trasladar al niño-a al servicio de salud?: Seleccione si o no, si orientó al interlocutor para dirigirsr al servicio de salud con el niño-a, tras identificar los signos de alarma.

21. Otras novedades y observaciones: Hacer uso de este espacio para registrar información relacionada con indicaciones a la familia para asistir a los servicios de salud de acuerdo con la identificación de signos y síntomas, asociados con la desnutrición aguda.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19	F3.A1.LM5.PP	22/04/2020
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

INDICACIONES PARA LA REVISIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN AGUDA.

Según la estrategia AIEPI comunitario, se deben reconocer las señales de peligro en los niños-as ante una efermedad que requieren atención por el sector salud, con el fin de conservar su vida e integridad física, estos signos se encuentran descritos en la práctica 16: *Identificar signos de peligro Mensaje clave: Hay que saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud* , a través de los siguientes mensajes de apoyo. Si al comunicarse con la familia, se identifica alguna de las condiciones que se relacionan a continuación, oriente a quién recibe la llamada a que se dirija al servicio de salud en el menor tiempo posible y acatando las recomendaciones para prevenir el contagio del COVID -19 impartidas por las entidades de salud competentes.

• Hay enfermedades que necesitan ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR para evitar daños graves o la muerte. Estas enfermedades se anuncian por SEÑALES DE PELIGRO, que es necesario reconocer para saber cuándo BUSCAR AYUDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA:** El niño respira rápida y agitadamente; cuando respira se queja y hace ruidos, se le hunde el estómago y se le ven las costillas.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE DESHIDRATACIÓN (VÓMITO Y DIARREA):** Si el niño tiene diarrea muchas veces al día, a veces con sangre y moco, a veces acompañadas de vómitos, llora sin lágrimas, orina poco, tiene la boca seca y los ojos hundidos, no mama o no quiere la leche materna o no quiere comer, no se mueve normalmente y no se despierta.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE FIEBRE:** El niño está muy caliente, se pone rojo, suda y respira agitado. Tiene cualquier tipo de sangrado: en la orina, en las heces, manchas rojas, como moretones en la piel sin haber tenido golpes o caidas.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE MUERTE:** Si el niño no quiere mamar o no quiere la leche materna, no se quiere despertar, le dan “ataques” o convulsiones, vomita todo lo que come, respira agitado y con ruidos y tiene alguna señal de deshidratación se debe llevar urgentemente al establecimiento de salud. Si es un recién nacido, además de los anteriores se debe observar si el bebé tiene el ombligo rojo, con pus y mal olor.

Para las preguntas relacionadas con el estado de la piel, uñas, cabello, irritabilidad, apetito, estado de ánimo, dirijase al **Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad - Tabla 2. signos clínicos de la desnutrición aguda severa.**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19	F3.A1.LM5.PP Versión 1

N°	0. Nombre de la Regional del contrato	1. Nombre del Centro Zonal del contrato	2. Fecha del Acompañamiento	3. Nombre de la UCA/UDS	4. Código Cuentame UCA/UDS	5. Municipio de residencia del usuario	6. Nombres y Apellidos de quien atiende la llamada	7. Nombres y Apellidos del Usuario -a	8. Fecha de valoración nutricional	9. El niño-a fue atendido por el sector salud	10. Si la respuesta anterior fue "Sí", responda ¿El usuario recibió tratamiento para la desnutrición aguda?	11. ¿En la última semana el usuario ha presentado síntomas como tos o fiebre o gripa?	12. ¿En la última semana el niño-a ha presentado diarrea o vómito?	Identificación de signos físicos de de				
														13. ¿Ambos brazos o piernas del niño-a se ven muy delgados o están hinchados?	14. ¿Al niño-a se le marcan las costillas y a la vez se ve barrigón?	15. ¿El cabello del niño-a se cae fácilmente, está seco y cambió de color?	16. ¿La piel del niño-a se torna seca y se ve áspera ?	17. ¿ Ha notado usted si el niño-a llora o se enoja con facilidad?
1	PUTUMAYO	SIBUNDOY	**30/07/2020**	NUEVA GENERACION	8675500026364	SAN FRANCISCO	RUBY DEL SOCORRO MATABANCHOY	MARIA JOSE MATAMBANCHOY	**02/06/2020**	NO	NO	NO	NO	NO	N	NO	NO	NO
2	PUTUMAYO	SIBUNDOY	**30/07/2020**	CARITAS ALEGRES	8675500026303	SAN FRANCISCO	MARGOTH pantoja ortega	WILLIAN DAVID JUAJIBIOY	**02/06/2020**	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3			dd/mm/aaaa				ELIZABETH		dd/mm/aaaa									
4			dd/mm/aaaa				PANTOJA		dd/mm/aaaa									
5			dd/mm/aaaa				ORTEGA		dd/mm/aaaa									
6			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
7			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
8			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
9			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
10			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
11			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
12			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
13			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
14			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
15			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
16			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
17			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
18			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
19			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									
20			dd/mm/aaaa						dd/mm/aaaa									

Información a reportar a la Entidad Administradora del Servicio (EAS)

Al finalizar las llamadas haga el recuento de datos e informe a la Entidad Administradora del Servicio los siguientes datos:

1. Total de usuarios-as que presentaron desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA	
2. Total de usuarios identificados con desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA en la última toma nutricional de 2019	
3. Total de usuarios identificados con desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA en la toma nutricional de 2020	
4. Total de usuarios-as atendidos por el sector salud	
5. Total de usuarios-as que reciben tratamiento médico para la desnutrción aguda modera o severa	

6. Total de usuarios-as que presentaron tos o fiebre o gripa	
7. Total de usuarios-as que presentaron diarrea o vómito	
8. Total de usuarios-as que presenten 1 o más signos físicos de desnutrición aguda moderada o severa	
9. Total de usuarios a los que se indicó asistir a los servicios de salud por presentar 1 o más signos físicos asociados a la desnutrición aguda moderada o severa.	

Nombres y apellidos del Nutricionista	
Número de matrícula profesional	

Clasificación de la Información: Pública

...snutrición aguda			
18. ¿Ha notado usted si el niño- a prefire estar en quietud a otras actividades como jugar?	19. E ta última semana el niño- a no ha consumido los alimentos ofrecidos en día	20. ¿Realizó la orientación de trasladar al niño-a al servicio de salud?	21. Otras novedades y observaciones
NO	SI	SI	LA NIÑA ESTA EN BUEN ESTADO E SALUD SEGÚN LO MANIFIESTA LA MADRE DE FAMILIA
NO	SI	SI	

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19**	**F3.A1.LM5.PP**	**22/04/2020**
		Versión 1	**Página 1 de 1**
		Clasificación de la Información: Pública	

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

El propósito de la llamada es identificar y hacer seguimiento sobre posibles situaciones que afecten la salud y signos físicos asociados a desnutrición aguda, los cuales pueden presenatrse en los ñiños-as en cualquier etapa de la vida. Es te documento va dirigido a los nutricionistas de las UDS/UCA/EAS para realizar el acompañamiento telefónico dando orientaciones claves y puntales a las familias para la identificación de signos de alarma en el hogar.

Nota 1: Este formato se aplica para todas las modalidades de atención a la primera infancia del ICBF.
Nota 2: Debe ser diligenciado por el nutricionista, para el servicio HCB integral este formato dee diligenciarlo el nutricionista y como minimo registrar una llamada al mes por cada caso. De acuerdo con la periodicidad establecida para seguimiento nutricional en los manuales operativos de primera infancia.
Nota 3: Las preguntas marcadas en negrilla deben registrarse por UDS/UCA en el *Formulario web designado*
Nota 4: Tenga en cuenta el tiempo de duración de la llamada definido en el
A1.LM5.PP Anexo para la Prestación de los Servicios de Atención a la Primera Infancia del ICBF, Ante la Declaración de Emergencia Sanitaria COVID-19

0. Nombre de la Regional del Contrato: Seleccione el nombre de la regional donde se encuentra ubicada la UDS/UCA del contrato

1. Nombre del Centro Zonal del Contrato: Seleccione el nombre del centro zonal en el que se encuentra ubicada la UDS/UCA del contrato

2. Fecha de acompañamiento: Escriba en formato dd/mm/aaaa, la fecha en el que realiza el acompañamiento

3. Nombre de la UDS/UCA: Escriba de forma legible el nombre la UDS/UCA/GA sobre la cual se está diligenciando la información.

4. Código Cuentame UDS/UCA/GA: Indique el código número de la UDS/UCA/GA sobre la cual se está registrando la información.

5. Municipio de residencia del usuario: Escriba claramente el nombre del municipio, sin abreviaturas. Ejemplo: Santa Rosa de Lima

6. Nombres y Apellidos de quien atiende la llamada: Escriba el el nombre y apellidos completos de la persona que atienda la llamada, debe ser un adulto. Es preferible que esta llamada sea adelantada con el cuidador que se registra en el sistema de información Cuéntame.

7. Nombres y Apellidos del Usuario -a: Escriba el nombre y apellido completo del usuario, tal cual como se registra en el sistema de información Cuéntame.

8. Fecha de valoración nutricional: Registrar en el formato dd/mm/aaaa, ejemplo : 21/11/2019. La fecha en la que realizó o tiene registrado el último seguimiento nutricional el usuariox. *NOTA:Tenga en cuenta que estas acciones de acompañameinto se tomará la base de datos del último seguimiento nutricional de los usuarios registrads en el sistema de información Cuéntame.*

9. El usuario fue atendido por el sector salud: Haciendo seguimiento a la atención en salud a los casos de desnutrición, responda SI o No. Para el caso especifico, el usuario ha recibido tratamiento para la desnutricón aguda o se encuentra consumiendo fórmula terapeutca lista para el consumo - FTLC.

10. Si la respuesta anterior fue "Si", responda ¿El usuario recibió tratamiento para la desutrición aguda?: Indague si el usuario-a se encuentra consumiendo FTLC, fórmulada por su IPS. Responda Si o No.

11. ¿En la última semana el usuario ha presentado síntomas como tos o fiebre o gripa?: Indague con quien se establezca comunicación telefónica, por algun síntoma relacionado con tos, fiebre o gripa. Resalte que la pregunta va dirigida a la semana anterior a la llamada o la que está en curso. Tenga en cuenta que estos síntomas también se relacionan con COVID 19.

12. ¿En la última semana el usuario ha presentado diarrea o vómito?: Indague con quien se establezca comunicación telefónica, por síntomas relacionados con diarrea o vómito. Resalte que la pregunta va dirigida a la semana anterior a la llamada o la que está en curso.

Identificación de signos físicos de desnutrición aguda*

* Para realizar estas preguntas de manera clara, revise las orientaciones que se dan para la socialización con el interlocutor de estas preguntas, en donde se encuentran los signos de peligro relacionados con desnutrición aguda.

13. ¿Ambos brazos o piernas del niño-a se ven muy delgados o están hinchados?: Seleccione "SI" luego de verificar que sean **ambos** brazos o piernas que se observen muy delgados o hinchados, en caso que responda un solo brazo o pierna, seleccione "NO".

14. ¿Al niño-a se le marcan las costillas y a la vez se ve barrigón?: Seleccione "SI" luego de verificar que se presenten **ambas** condiciones , en caso que responda una sola condición, seleccione "NO".

15. ¿El cabello del niño-a se cae fácilmente, está seco y cambió de color?: Indague si al niño-a ha tenido **cambios** en su cabello presentando estos signos, en este caso seleccione "SI", de lo contrario seleccione "NO".

16. ¿La piel del niño-a se torna seca y se ve áspera?: Seleccione "SI" luego de verificar que se presenten ambas condiciones , en caso que responda una sola condición, seleccione "NO".

17. ¿ Ha notado usted si su niño-a llora o se enoja con facilidad?: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interlocutor la forma de adecuada de identificar si el niño-a se encuentra irritable.

18. ¿Ha notado usted si su niño- a prefire estar en quietud a otras actividades como jugar?: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interlocutor la forma de adecuada de identificar si el niño-a tiene signos de apatía

19. E la última semana el niño- a no ha consumido los alimentos ofrecidos en el día: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interlocutor la forma de adecuada de identificar el consumo total o parcial de los alimentos servidos al niño-a o la lactancia materna.

20. ¿Realizó la orientación de trasladar al niño-a al servicio de salud?: Seleccione si o no, si orientó al interlocutor para dirigirsr al servicio de salud con el niño-a, tras identificar los signos de alarma.

21. Otras novedades y observaciones: Hacer uso de este espacio para registrar información relacionada con indicaciones a la familia para asistir a los servicios de salud de acuerdo con la identificación de signos y sintomas, asociados con la desnutrición aguda.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19	F3.A1.LM5.PP	22/04/2020
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

INDICACIONES PARA LA REVISIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN AGUDA.

Según la estrategia AIEPI comunitario, se deben reconocer las señales de peligro en los niños-as ante una efermedad que requieren atención por el sector salud, con el fin de conservar su vida e integridad física, estos signos se encuentran descritos en la práctica 16: *Identificar signos de peligro Mensaje clave: Hay que saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud* , a través de los siguientes mensajes de apoyo. Si al comunicarse con la familia, se identifica alguna de las condiciones que se relacionan a continuación, oriente a quién recibe la llamada a que se dirija al servicio de salud en el menor tiempo posible y acatando las recomendaciones para prevenir el contagio del COVID -19 impartidas por las entidades de salud competentes.

• Hay enfermedades que necesitan ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR para evitar daños graves o la muerte. Estas enfermedades se anuncian por SEÑALES DE PELIGRO, que es necesario reconocer para saber cuándo BUSCAR AYUDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA:** El niño respira rápida y agitadamente; cuando respira se queja y hace ruidos, se le hunde el estómago y se le ven las costillas.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE DESHIDRATACIÓN (VÓMITO Y DIARREA):** Si el niño tiene diarrea muchas veces al día, a veces con sangre y moco, a veces acompañadas de vómitos, llora sin lágrimas, orina poco, tiene la boca seca y los ojos hundidos, no mama o no quiere la leche materna o no quiere comer, no se mueve normalmente y no se despierta.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE FIEBRE:** El niño está muy caliente, se pone rojo, suda y respira agitado. Tiene cualquier tipo de sangrado: en la orina, en las heces, manchas rojas, como moretones en la piel sin haber tenido golpes o caidas.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE MUERTE:** Si el niño no quiere mamar o no quiere la leche materna, no se quiere despertar, le dan “ataques” o convulsiones, vomita todo lo que come, respira agitado y con ruidos y tiene alguna señal de deshidratación se debe llevar urgentemente al establecimiento de salud. Si es un recién nacido, además de los anteriores se debe observar si el bebé tiene el ombligo rojo, con pus y mal olor.

Para las preguntas relacionadas con el estado de la piel, uñas, cabello, irritabilidad, apetito, estado de ánimo, dirijase al **Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad - Tabla 2. signos clínicos de la desnutrición aguda severa.**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

PROCESO

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO LISTADO DE PROVEEDORES DE ALIMENTOS

FM.MO12.PP

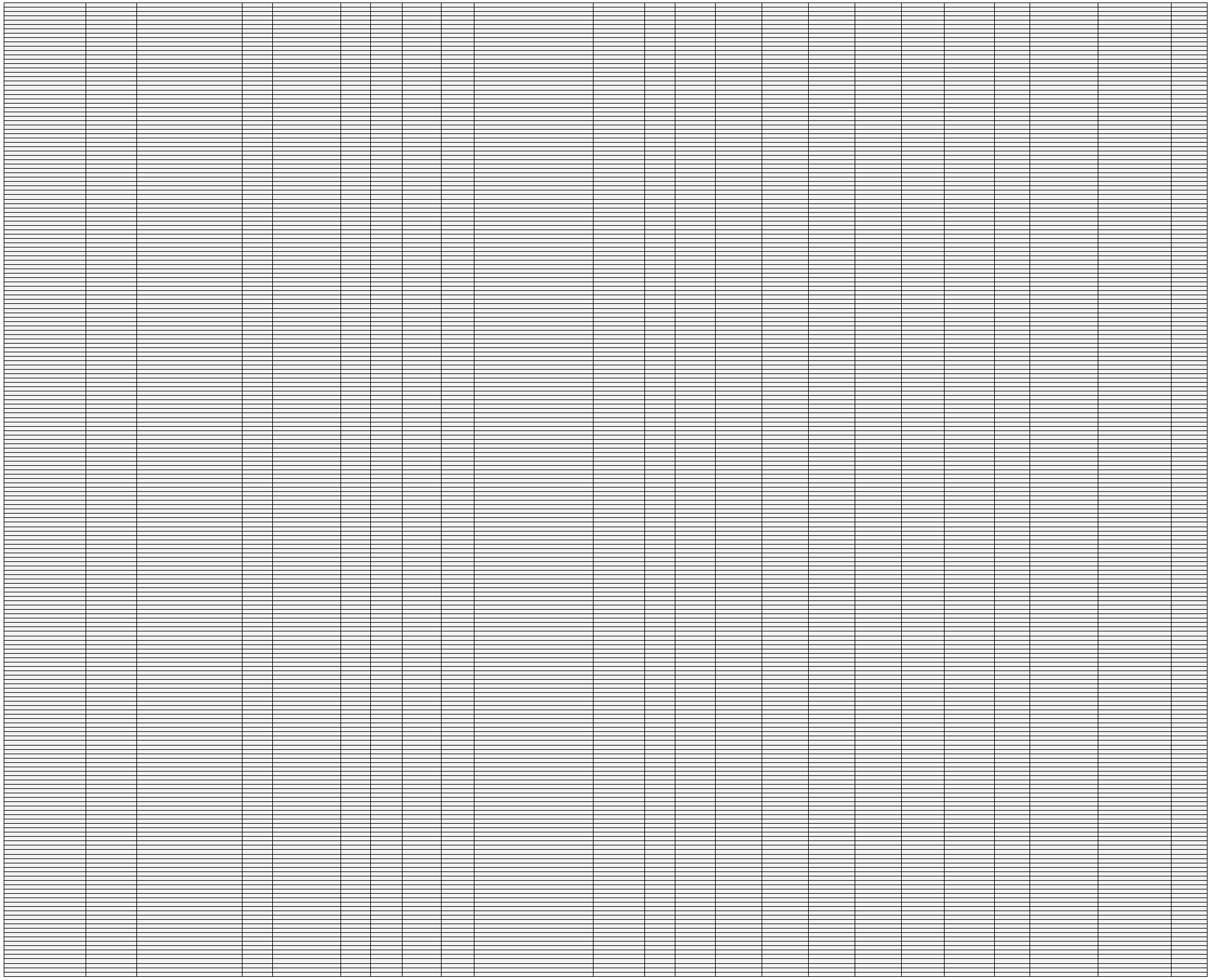
Versión 3

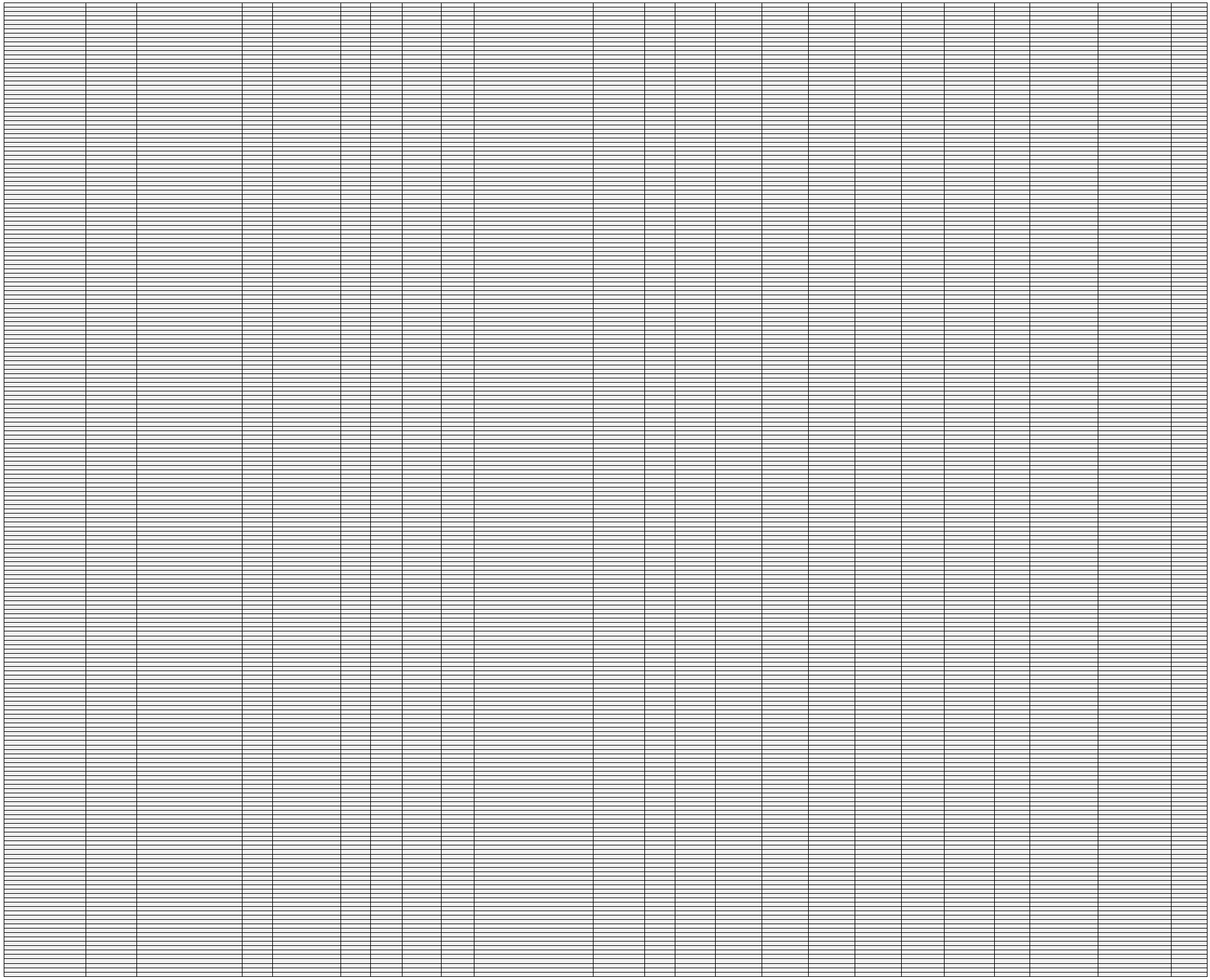
Clasificación de la Información: Pública

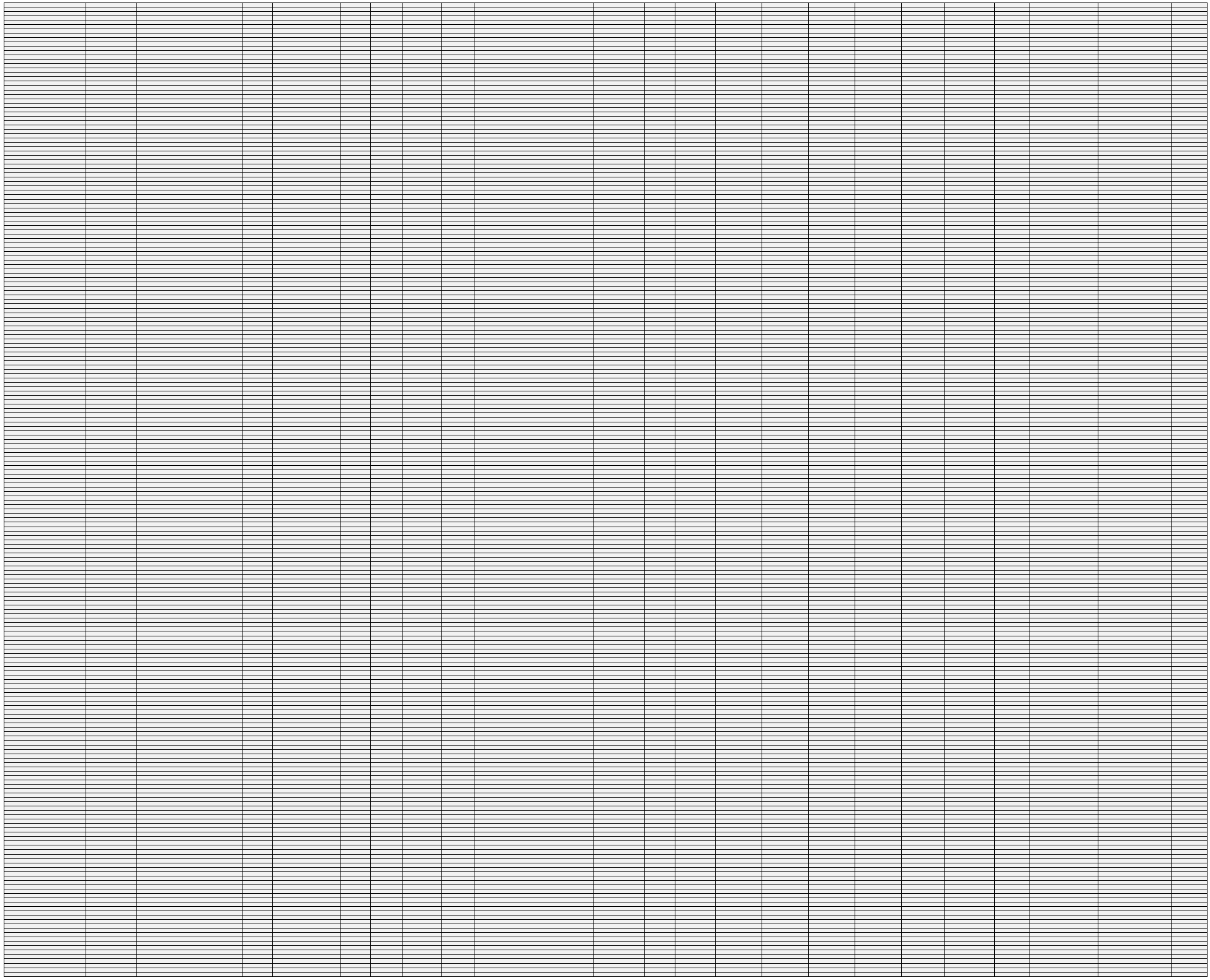
DATOS CONTRACTUALES DE LA EAS

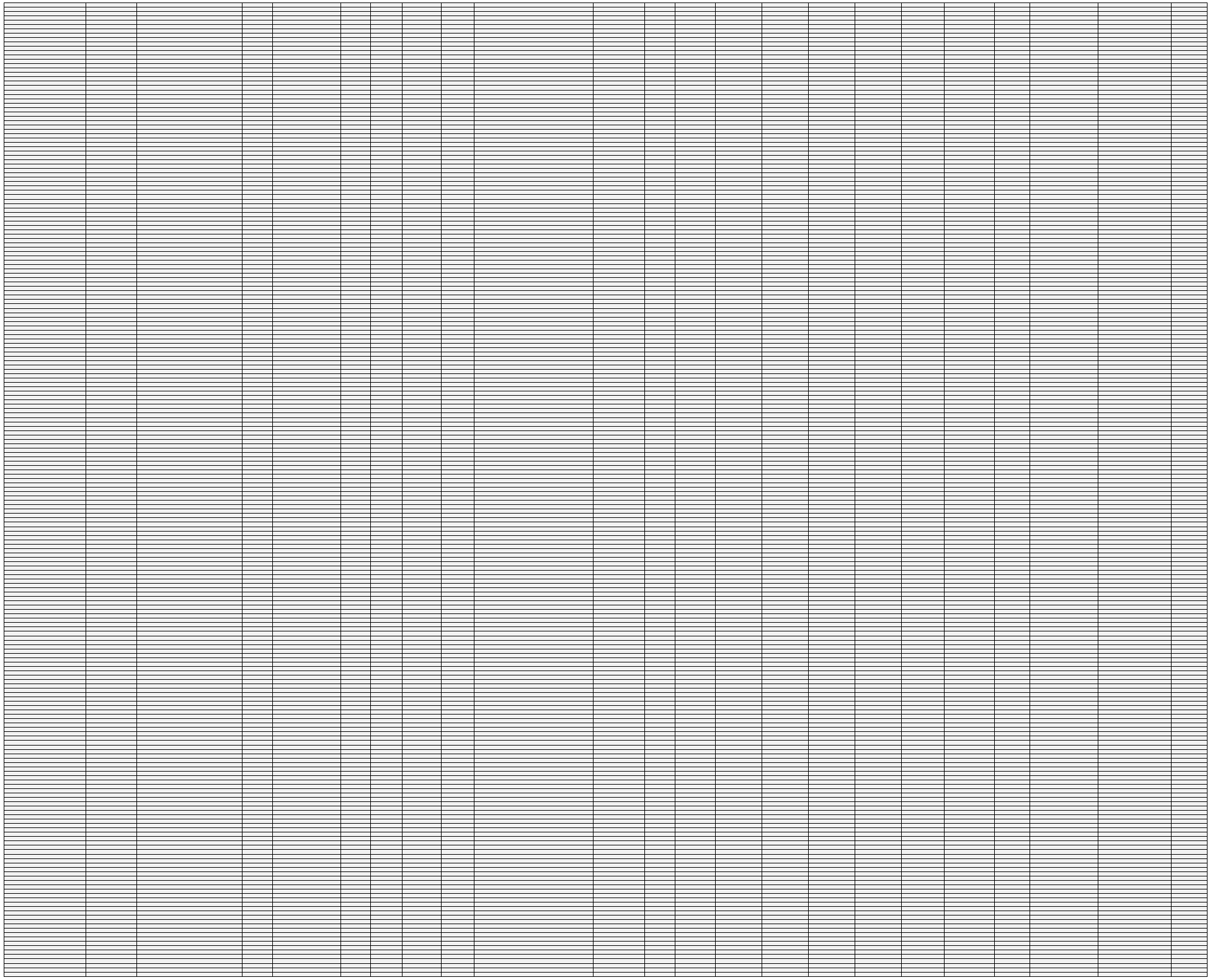
INFORMACION DEL PROVEEDOR V2018

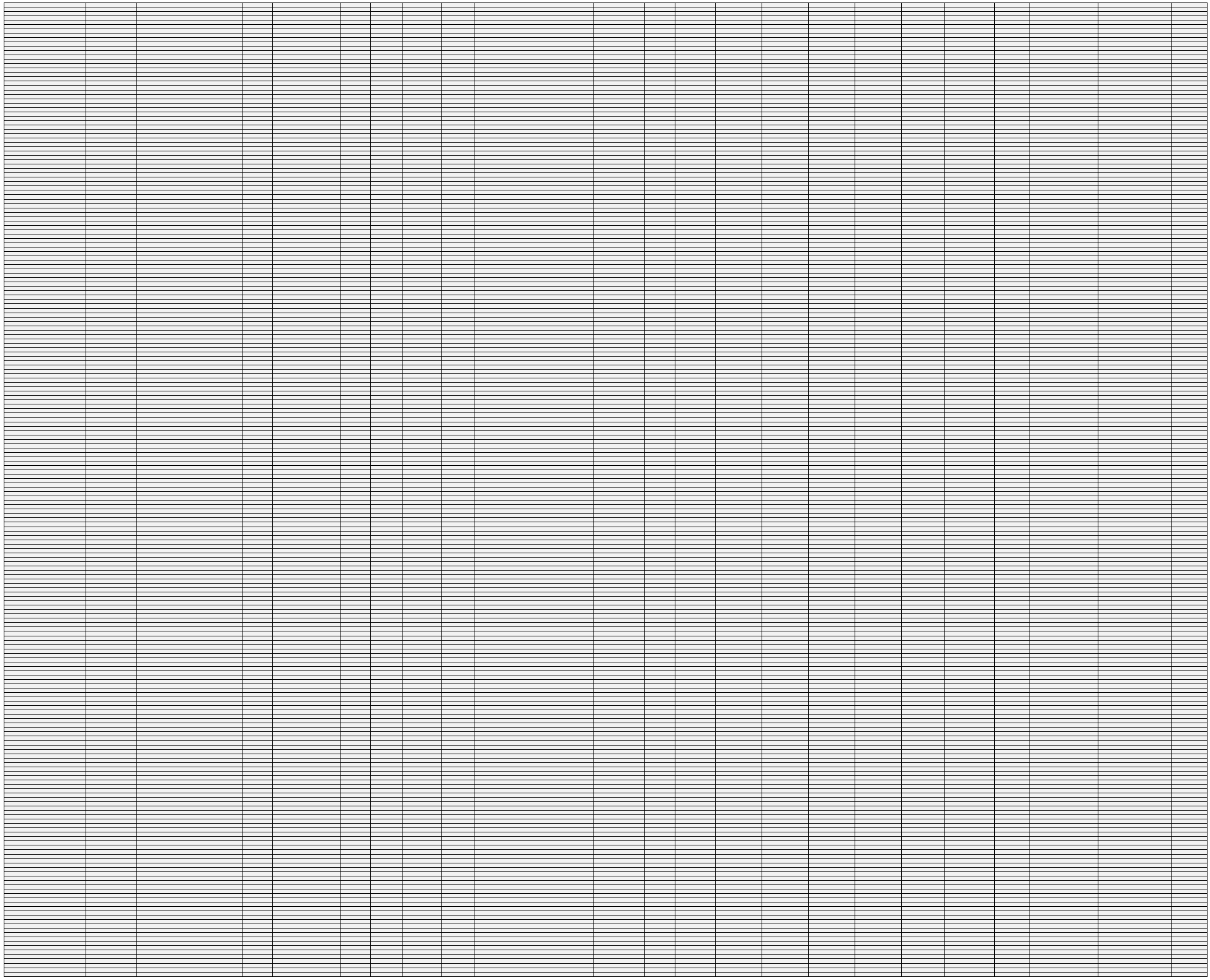
REGIONAL CONTRATO	CENTRO ZONAL	NOMBRE EAS DEL CONTRATO DE APORTE CON ICBF	NIT EAS	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	NUMERO DEL CONTRATO	ESTADO DEL CONTRATO	DEPARTAMENTO DE EJECUCION	MUNICIPIO DE EJECUCION	MODALIDAD Y SERVICIO (DILIGENCIE UNA FILA POR CADA SERVICIO)	NOMBRE PROVEEDOR o RAZON SOCIAL	NIT PROVEEDOR	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION O UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO	TELEFONO	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	PRODUCTOS ELABORADOS O SUMINISTRADOS (Nombre del producto)	CONCEPTO SANITARIO ULTIMA VISITA	FECHA ULTIMA VISITA PARA CONCEPTO SANITARIO	ENTIDAD QUE EMITE CONCEPTO	EN CASO DE NO CONTAR CON CONCEPTO VIGENTE, ESCRIBA LA FECHA ESPERADA DE CONCEPTO	NUMERO DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS (SI LO REQUIEREN)
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Kefir de soya					RSO19102343/M
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Kefir blanco					RSAO19053929
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Kasak					RSAH0053871
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Kipp					RSO19103402/1
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Gelleta de soda					RSAO01181/8/01
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Galleta dulce					RSAV11512/07
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Harina de Maiz blanco					RSAV19623/08
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Leche de vaca entera en polvo					RSAO21802/ 09
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Jamiga					RSO19102/2021
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Harina					RSAT19809
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Panela					RSAV21863/08
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Sal					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Carne de pollo pechuga sin piel					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Carne de res lesitas					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Agalla de res					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Menudencia					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Higado					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Hot					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Pan Blanco					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Gelatina jugo					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Jugo jugo					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Mora jugo					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Pina jugo					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Banano porcion					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Granadilla porcion					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Mandarina porcion					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Mango porcion					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Manzana porcion					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Naranjilla porcion					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Papaya porcion					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Aguacate					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Arracacha					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Ajo					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Cebolla junca tallos					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Espinacas					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Habichuela					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Lechuga					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Pimiento verde					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Papa amarilla					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Papa criolla					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Tapioca					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Platano harton maduro					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Platano harton verde					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Remolacha					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Tomate guayo					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Zanahoria					
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Yuca					RSAN19053972/0
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Queso Campesino					RSAN19053939-20/18
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Yogurt entero con dulce					RSAN19053973/0
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Arroz					RSAN20061381/0
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Harina de trigo					RSAV19853/181
REGIONAL PUTUMAYO	OZ SIBUNDOY	FUNDACION FUNPERS	900637398	JESSIKA MAYALY URBANO OROZCREZ	SIN	ACTIVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY	ALIMENTARIA-HOGAR TRADICIONAL	COMERCIALIZADORA VALLE DE ATRIZ	901269962	JOHAN ALEXANDER BRAVO SI	comercializadora.valledeatriz@gmail.com	CALLE 18 NO 18 125	3017543799	Mercado Local	Leche de vaca entera liquida					RSAN22019/0/1

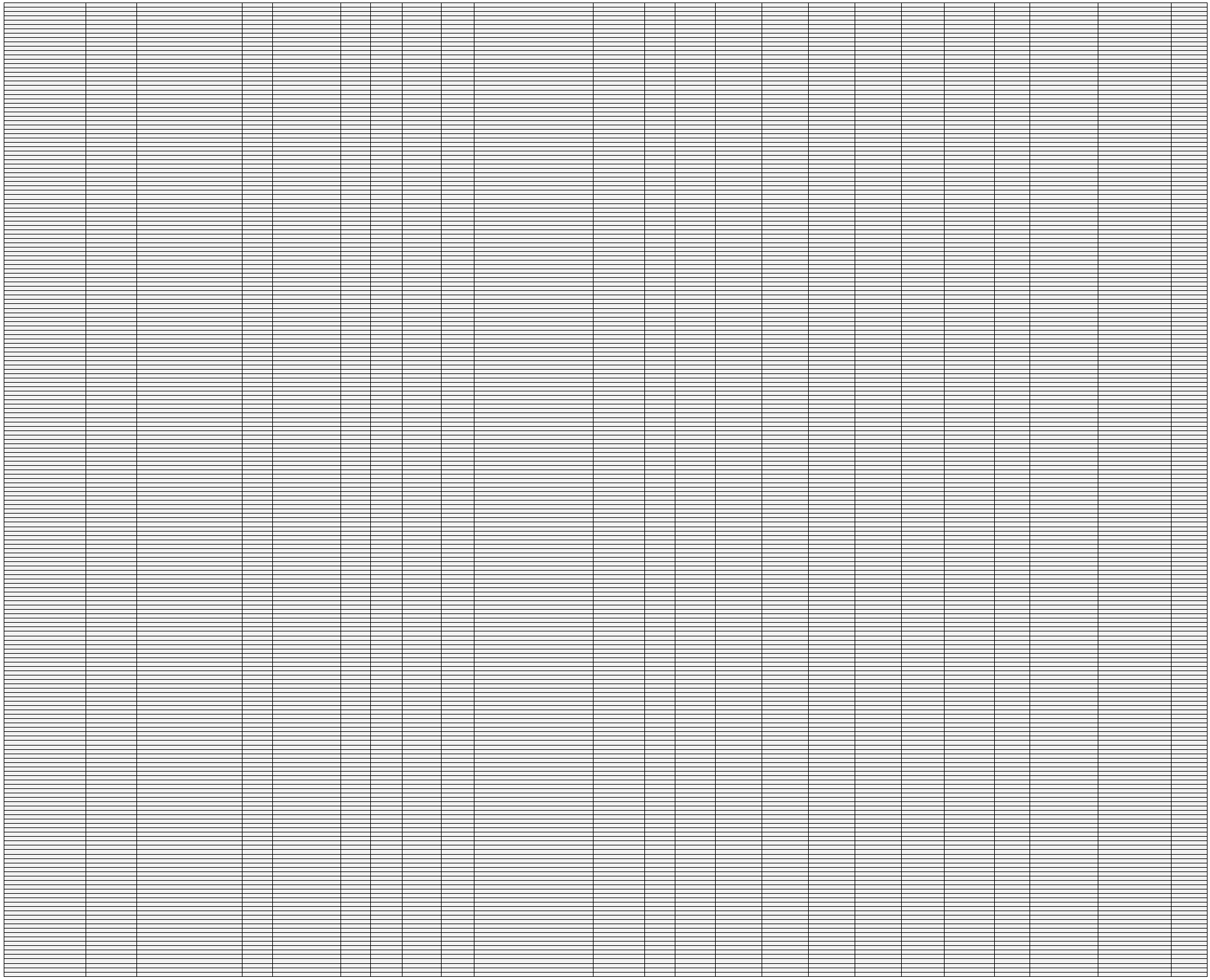


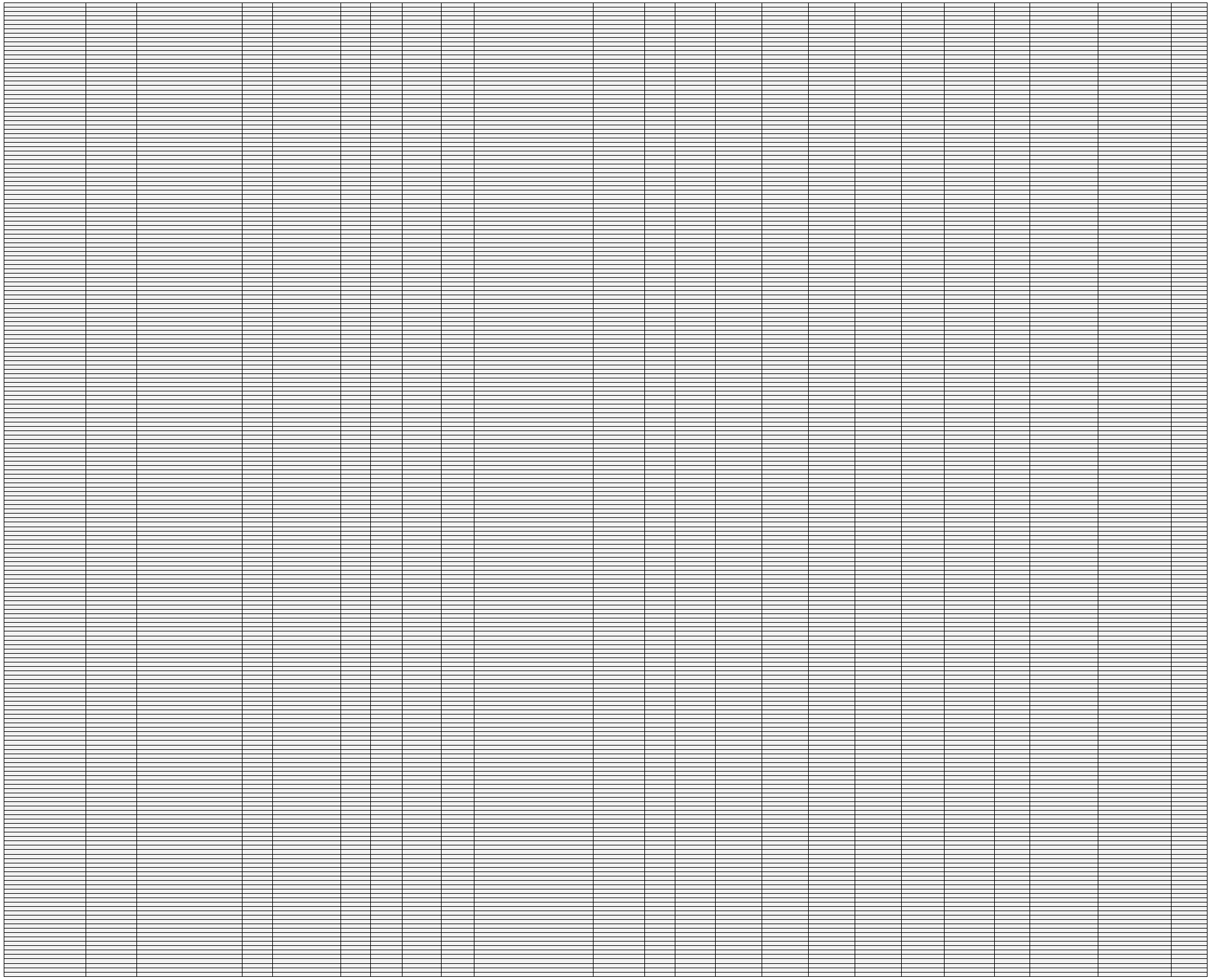


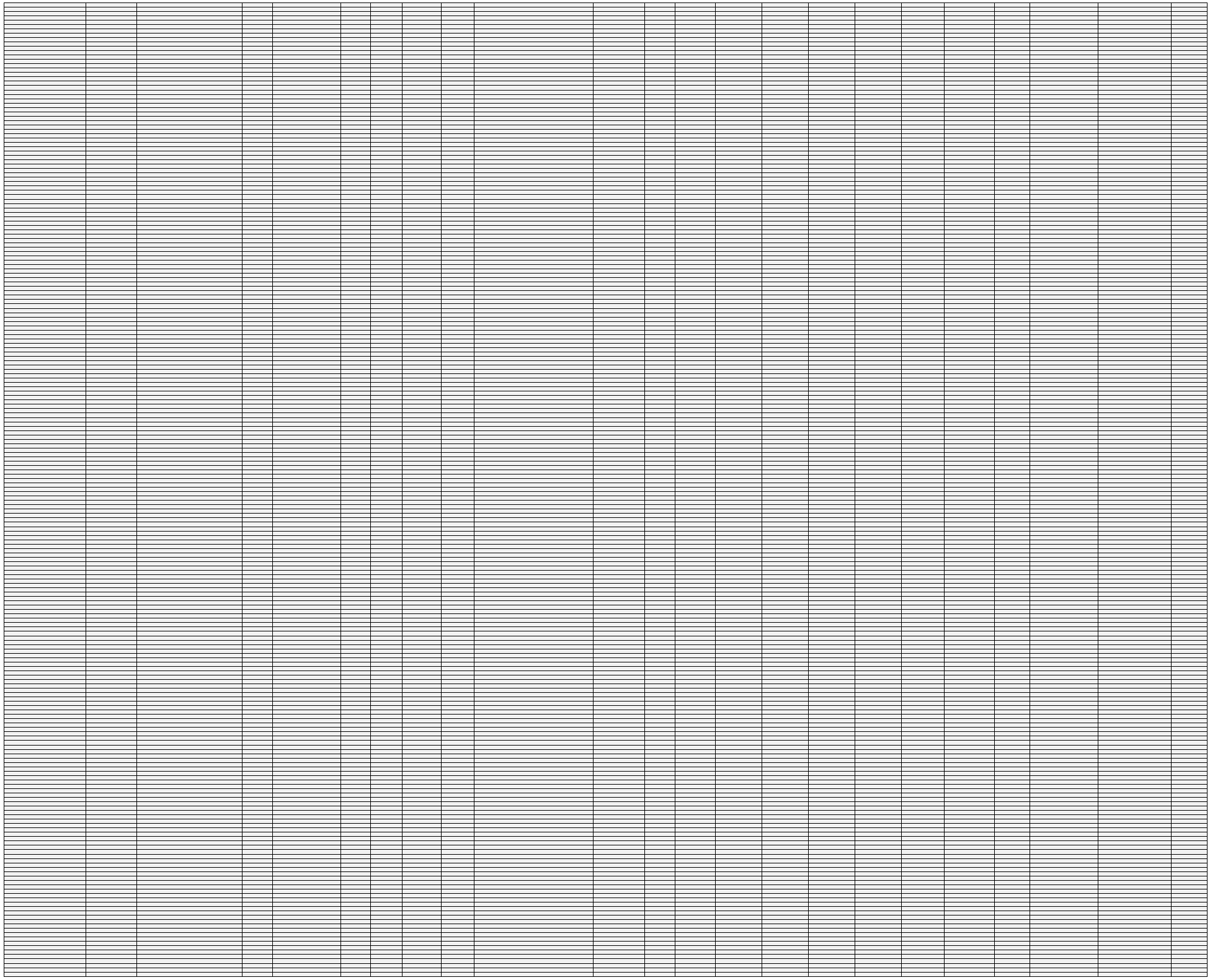


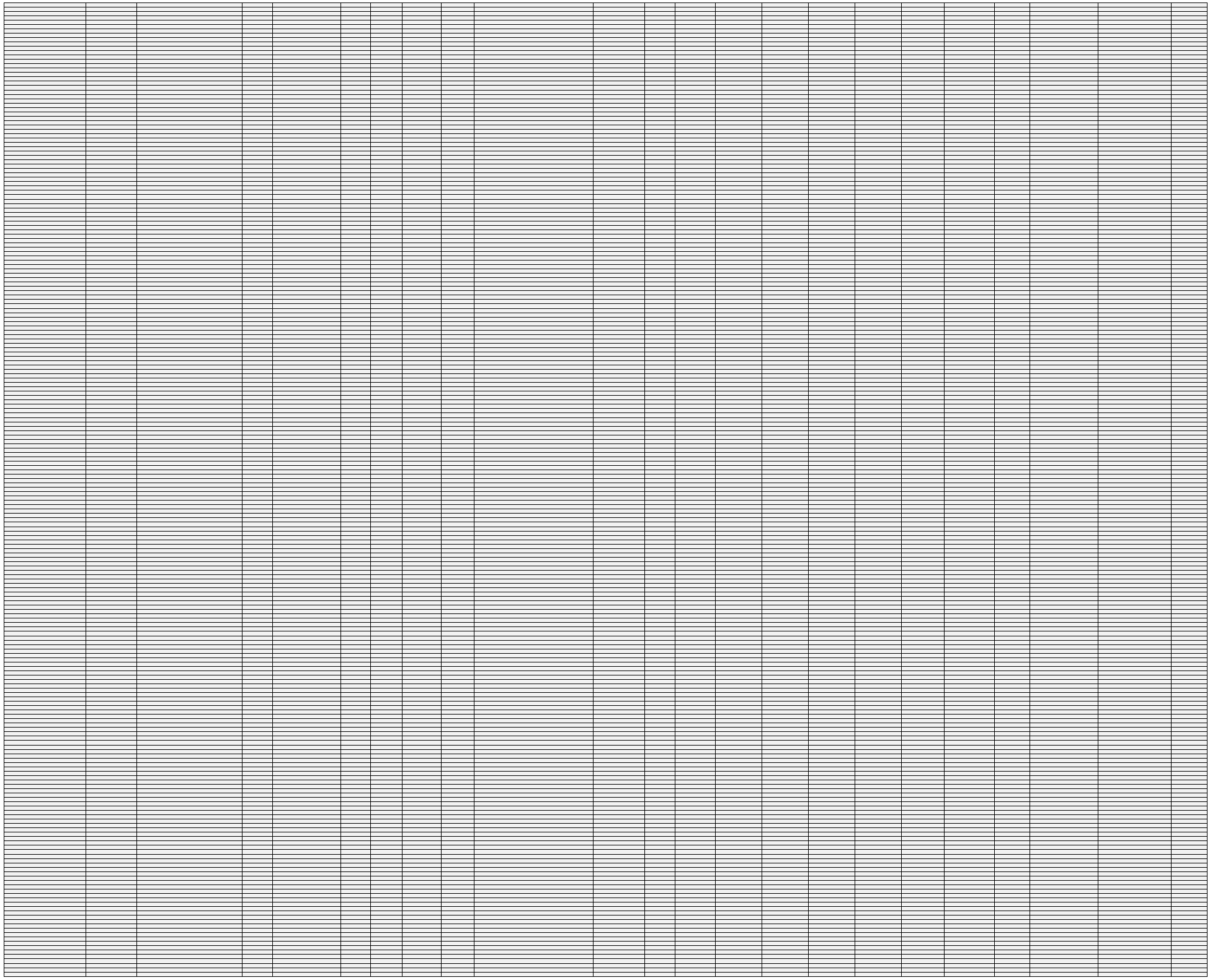


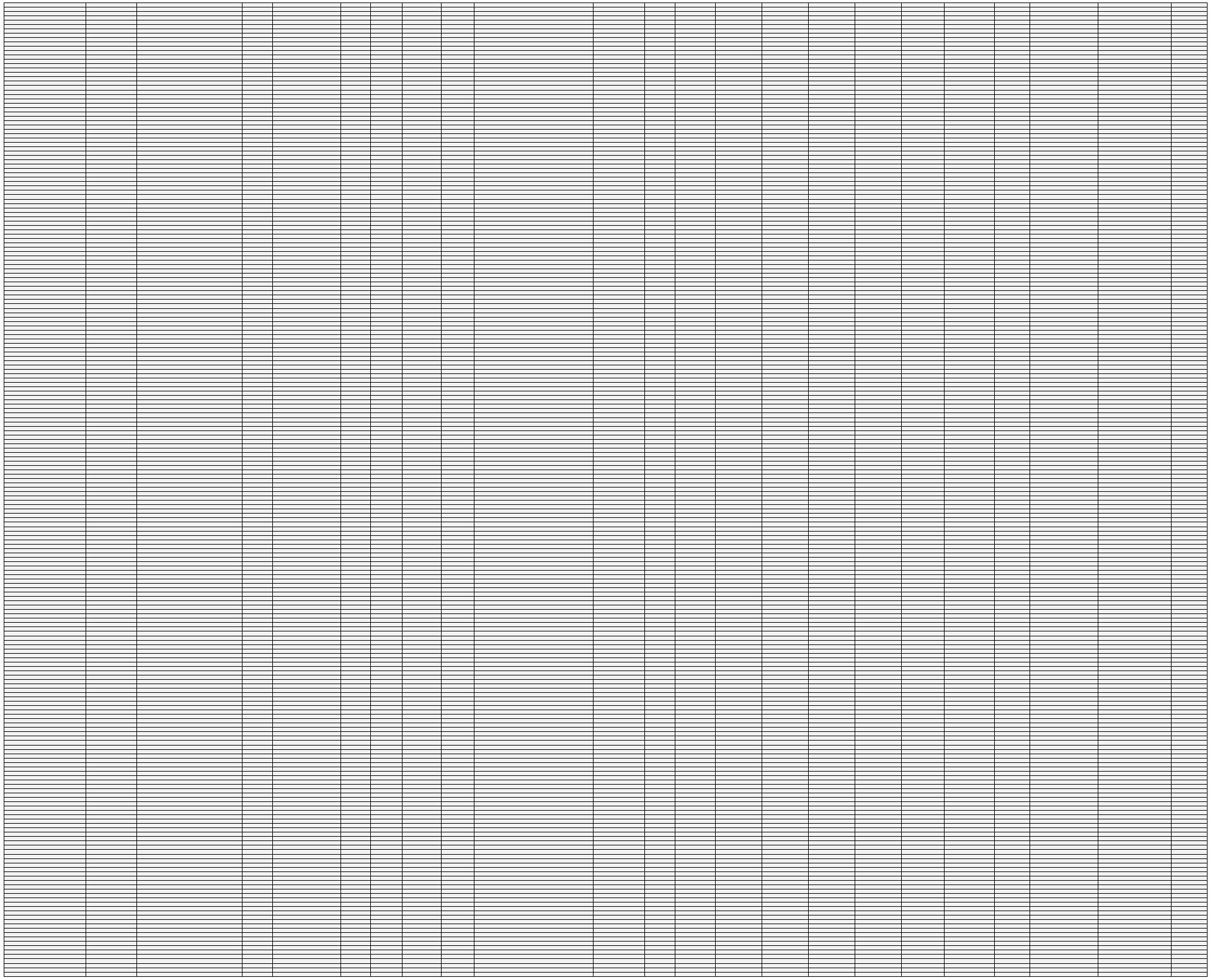








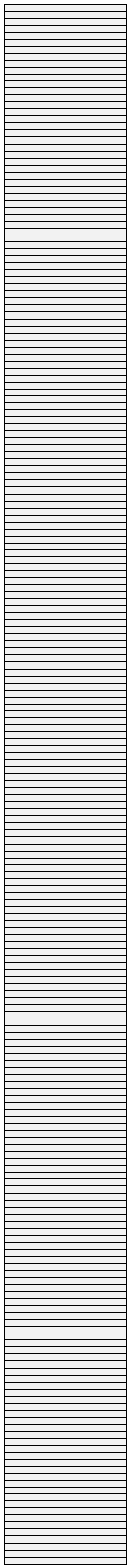


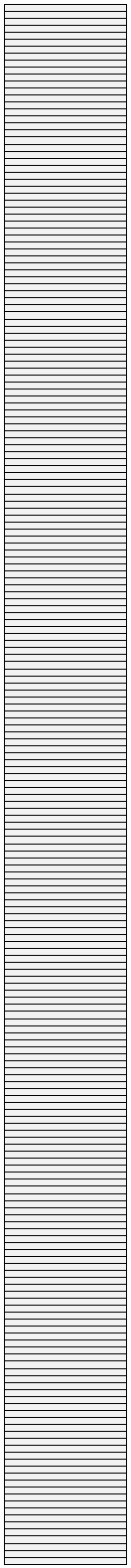


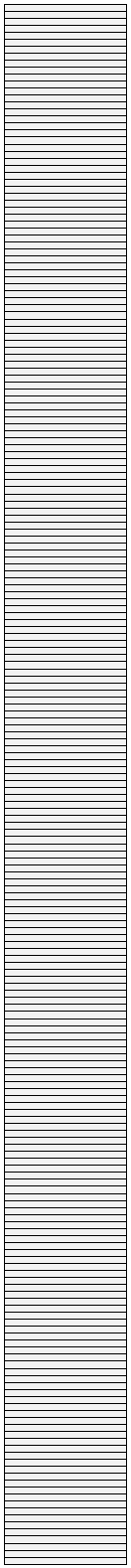
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

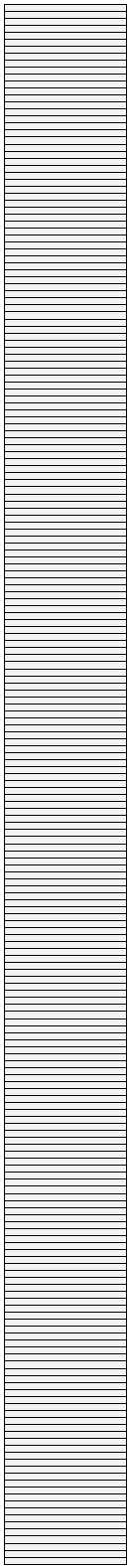
Protección de datos personales para documentos de carácter no confidencial
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL SGM. Y LA LEY 1581 DE 2012

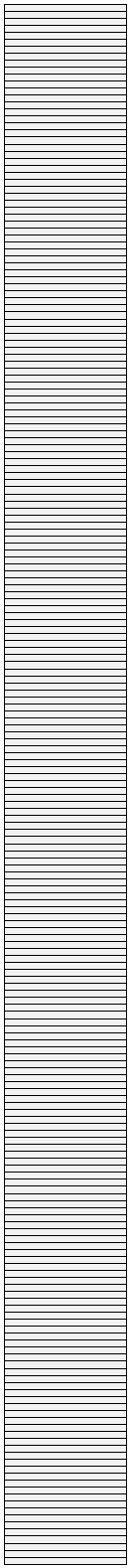
OBSERVACIONES

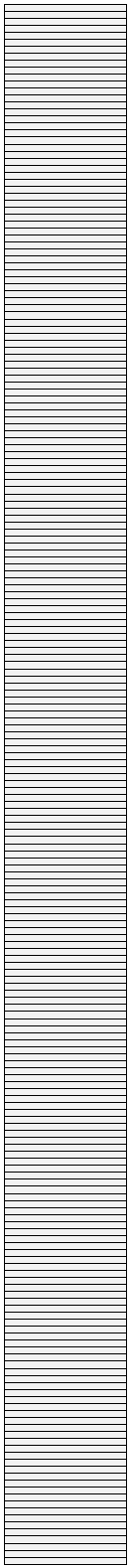


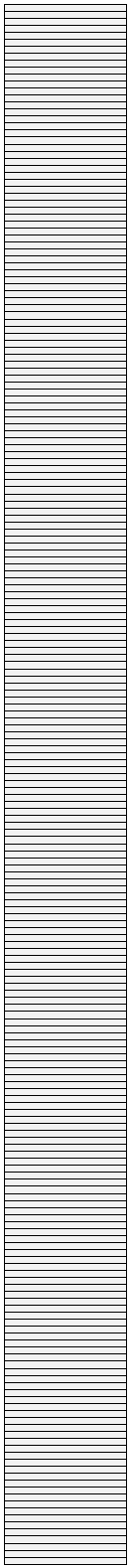


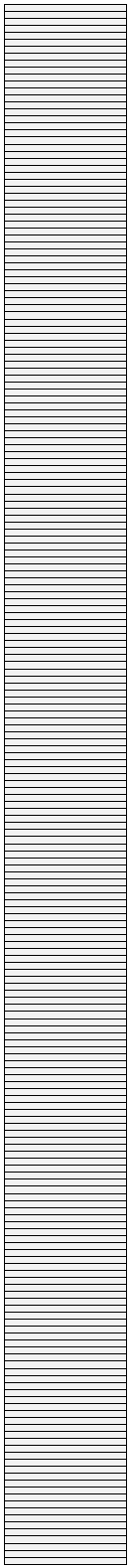


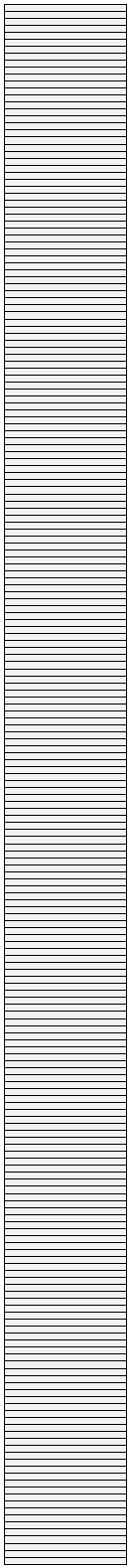


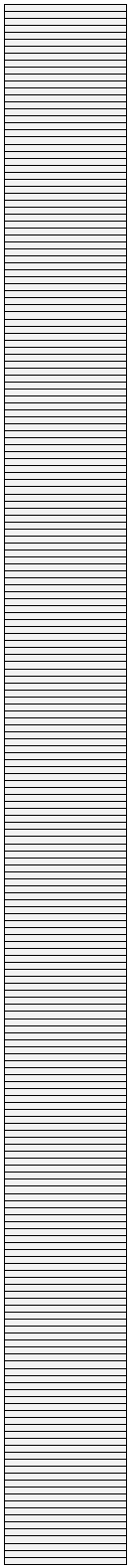


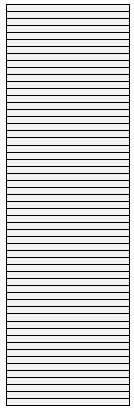












INSTRUCTIVO PA

REGIONAL CONTRATO
CENTRO ZONAL
NOMBRE EAS DEL CONTRATO DE APORTE CON ICBF
NIT EAS
NOMBRE DEL REPRESENTANTELEGAL DE LA EAS
NUMERO DEL CONTRATO
ESTADO DEL CONTRATO
DEPARTAMENTO DE EJECUCION
MUNICIPIO DE EJECUCION
MODALIDAD Y SERVICIO (DILIGENCIE UNA FILA POR CADA SERVICIO)
NOMBRE PROVEEDOR o RAZON SOCIAL
NIT PROVEEDOR

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR	
CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION O UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO	
TELEFONO	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
PRODUCTOS ELABORADOS O SUMINISTRADOS	
CONCEPTO SANITARIO ULTIMA VISITA	
FECHA ULTIMA VISITA PARA CONCEPTO SANITARIO	
ENTIDAD QUE EMITE CONCEPTO	
EN CASO DE NO CONTAR CON CONCEPTO VIGENTE, ESCRIBA LA FECHA ESPERADA DE CONCEPTO	
NUMERO DE REGISTRO SANITARIO DE LOS PRODUCTOS (SI LO REQUEREN)	
OBSERVACIONES	

ARA UN BUEN DILIGENCIAMIENTO EN EL FORMATO LISTADO DE PROVEEDORES DE ALIMENTOS

SELECCIONE DE LA LISTA DESPLEGABLE EL NOMBRE DE LA REGIONAL CORRESPONDIENTE (TANTAS VECES COMO SE REQUIERA).
SELECCIONE DE LA LISTA DESPLEGABLE EL NOMBRE DE LA REGIONAL CORRESPONDIENTE (TANTAS VECES COMO SE REQUIERA).
DIGITE EL NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO CONTRATADA.
DIGITE EL NIT DE LA EAS SIN DÍGITO DE VERIFICACIÓN, PUNTOS O COMAS.
DIGITE EL NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS.
DIGITE EL NUMERO DE CONTRATO CONTRATO (SIN PUNTOS)
SELECCIONE DE LA LISTA DESPLEGABLE EL ESTADO DEL CONTRATO (TANTAS VECES COMO SE REQUIERA).
SELECCIONE DE LA LISTA DESPLEGABLE EL DEPARTAMENTO DE EJECUCIÓN (TANTAS VECES COMO SE REQUIERA).
SELECCIONE DE LA LISTA DESPLEGABLE EL MUNICIPIO DE EJECUCIÓN (TANTAS VECES COMO SE REQUIERA SEGÚN LO RELACIONADO EN L
SELECCIONE DE LA LISTA DESPLEGABLE LA MODALIDAD (M) Y EL SERVICIO (S) (UNA FILA POR CADA UNO DE LOS SERVICIOS).
DIGITE EL NOMBRE DEL PROVEEDOR O LA RAZON SOCIAL DE LA ENTIDAD QUE PROVEE LOS ALIMENTOS.
DIGITE EL NIT DEL PROVEEDOR DE ALIMENTOS SIN DÍGITO DE VERIFICACIÓN, PUNTOS O COMAS. (maximo 9 digitos)

DIGITE EL NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR DE ALIMENTOS.
DIGITE LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO DEL PROVEEDOR DE ALIMENTOS.
DIGITE LA DIRECCION O UBICACIÓN DE LAS INSTALACIONES/ESTABLECIMIENTO DEL PROVEEDOR DE ALIMENTOS.
DIGITE EL NUMERO DE TELEFONO (FIJO O CELULAR) DEL PROVEEDOR, SIN PUNTOS O COMAS
SELECCIONE DE LA LISTA DESPLEGABLE
DIGITE EL NOMBRE DEL ALIMENTO (UNA FILA POR CADA UNO, COMPLETANDO LAS DEMAS VARIABLES POR CADA FILA)
SELECCIONE DE LA LISTA DESPLEGABLE EL CONCEPTO (UNA FILA POR CADA UNO DE LOS SERVICIOS).
DIGITE LA FECHA DE LA ULTIMA VISITA PARA CONCEPTO SANITARIO. (DD/MM/AAAA)
DIGITE EL NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE EMITE EL CONCEPTO.
DIGITE LA FECHA EN LA QUE SE ESPERA RECIBIR CONCEPTO. (DD/MM/AAAA) SOLO SI NO CUENTA CON CONCEPTO VIGENTE.
DIGITE EL NUMERO DEL REGISTRO SANITARIO DE ALIMENTO (S) SIN DÍGITO DE VERIFICACIÓN, PUNTOS O COMAS. CUANDO APLIQUE.
DIGITE LAS OBSERVACIONES AL RESPECTO DE CADA FILA SEGÚN SE REQUIERA, PARA DAR CLARIDAD FRENTE ALGUN ASPECTO QUE SE CC

A J).

ONSIDERÉ FUNDA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

INVIMA

DEPARTAMENTO: Putumayo | MUNICIPIO: Villagarzon | FECHA: 05/06/2020 (día/mes/año)

CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 86 | CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 885 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 2751

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO 8688510821265754
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: Distigranos Del Putumayo

NOMBRE COMERCIAL: Distigranos Del Putumayo

NIT [X] Número de Identificación Tributaria: 1082126575-4

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: Distigranos Del Putumayo

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: Cristian Fernando Quesada Ceballos

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] Número de documento: 1082126575

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN / UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: B/ Rosadela 1 Cra # 5 10-34

Rural [ ] Urbano [X] Barrio: B/ Rosadela 1 Vereda: [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: [ ]

TELÉFONO: 3205622915 FAX: [ ] CELULAR: 3205622915

CORREO ELECTRÓNICO: distigranosdelputumayo@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA: Cra # 5 10-34

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: distigranosdelputumayo@gmail.com Autoriza la notificación electrónica? SI [X] NO [ ]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Villagarzon *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Putumayo

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario		
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante		
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos		
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos		
				Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas			
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	X	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado		
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto		

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [X] NO [ ]

Fecha de última inspección: 12/07/2019 (día/mes/año) Ultimo concepto sanitario emitio: Favorable

Funcionario que realiza Inscripción: Luis Vega

OBSERVACIONES:
Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

//

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

//

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Jenny Alexandra Quintero Bastidas FIRMA:

CÉDULA: 1088288234 EN CALIDAD DE: Propietaria

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Evelin Clarena Delgado Arboleda FIRMA:

CÉDULA: 1127077928 EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado.

Impreso por: Grafipal Distribuidora - Nit: 1.122.782.017-3 / Cel: 312 774 7949

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

invima

Secretaría de Salud del PUTUMAYO

CODIGO: FT-IVC-148 | VERSION: 01 | DE: 12 DE AGOSTO DE 2016

CIUDAD Villagarzon FECHA 05 / 06 / 2020 ACTA N° 001

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: ALMACENAMIENTO A TEMPERATURA AMBIENTE [X] DADOR DE FRÍO [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD SSD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL Distrigranos del Putumayo

*CÉDULA / NIT 1082126575-4 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL Distrigranos del Putumayo

*DIRECCIÓN B/ Rosadela 1 MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO Putumayo *MUNICIPIO Villagarzon

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS 3205622915 FAX

CORREO ELECTRÓNICO distrigranosdelputumayo@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO Cristian Fernando Quesada Ceballos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento 1082126575

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Cristian Fernando Quesada Ceballos

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 1082126575

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cra#5 10-34

*DEPARTAMENTO Putumayo *MUNICIPIO Villagarzon

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-S 8:00am-6:00pm *NÚMERO DE TRABAJADORES 8

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
	Primera Visita	FAVORABLE	/		/ %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	/		
		DESFAVORABLE	/		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		Especifique: —			

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y diseño.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6.)*	4 X	2	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2.)*	4 X	2	0	C

Escaneado con CamScanner

4.3	**Conservación de los productos.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3 Artículo 27, literales a y c, Artículo 28, numerales 2, 3.)*	8 X	4	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 23% del total del acta
5	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 3. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	5 X	2,5	0	El suministro de agua proviene del aqueducto del municipio C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	5 X	2,5	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)*	4 X	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9 X		0	C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 1 y 2. Resolución 2674/2013, Artículo 26 Numeral 1.)*	6 X	3	0	C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2 X	1	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 31% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
0,0 100%	X FAVORABLE	90-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
	DESFAVORABLE	< 59,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	—
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	—

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

11

Escaneado con CamScanner

Por parte del establecimiento:
//

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 05 del mes de Junio del año 2020 en la Ciudad de Villagarzon.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Evelin Delgado	FIRMA:
NOMBRE: Evelin Delgado	NOMBRE:
CÉDULA: 1127077928	CÉDULA:
CARGO: T. Saneamiento	CARGO:
INSTITUCIÓN: SSD	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 1098688731	CÉDULA:
CARGO: Subgerente Comercial Textiles.	CARGO:

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

INVIMA

DEPARTAMENTO: Putumayo | MUNICIPIO: Villagarzon | FECHA: 05/06/2020

CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO: 86 | CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO: 885 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: 2751

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento) 8688510821265T5

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: Distigranos Del Putumayo

NOMBRE COMERCIAL: Distigranos Del Putumayo

NIT [X] | Número de Identificación Tributaria: 1082126575-4

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: Distigranos Del Putumayo

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: Cristian Fernando Quesada Ceballos

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] | Número de documento: 1082126575

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN / UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: B/ Rosadela 1 Cra #5 10-34

Rural [ ] | Urbano [X] | Barrio: B/ Rosadela 1 | Vereda: [ ]

Comuna [ ] | Localidad [ ] | Sector [ ] | Corregimiento [ ] | Caserío [ ] | UPZ [ ]

Otro [ ] | Cuál: [ ]

TELÉFONO: 3205622915 | FAX: [ ] | CELULAR: 3205622915

CORREO ELECTRÓNICO: distigranosdelputumayo@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA: Cra #5 10-34

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: distigranosdelputumayo@gmail.com | Autoriza la notificación electrónica? SI [X] NO [ ]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Villagarzon | *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Putumayo

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario	
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante	
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos	
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos	
				Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	X	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado	
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto	

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [X] NO [ ]

Fecha de última inspección: 12/12/2019 | Ultimo concepto sanitario emitio: Favorable

Funcionario que realiza Inscripción: Luis Vega

OBSERVACIONES:
Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

//

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

//

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: [illegible] | FIRMA:

CÉDULA: [illegible] | EN CALIDAD DE:

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Evelin Carrera Delgado Arboleda | FIRMA:

CÉDULA: 1122077928 | EN CALIDAD DE:

Se entrega copia al interesado:

Impreso por: Grafipal Distribuidora - Nit: 1.122.782.017-3 / Cel: 312 774 7949

Escaneado con CamScanner

.

PLAN DE LA ESTRATEGIA DE ENTREGA DE RPP Y CONVOCATORIA PARA EL MISMO FIN. JUNTO CON EL CRONOGRAMA

Para la entrega de RPP se tiene en cuenta todas las medidas adoptadas por la SEDE NACION DEL ICBF

Para el departamento del Putumayo se determino el grupo II a nivel nacional para la entrega de la RPP con fecha 11 y 12 de mayo para el contrato 091.

Grupo II	Bolívar, Cauca, Cesar, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Tolima, Valle del Cauca	549.802

MINUTA A ENTREGAR EN LE MES DE MAYO A 333 BENEFICIARIOS DEL CONTRATO 091 MODALIDA HCB COMUNITARIA



Ración Para Preparar - Minuta patrón NN 6 meses a 5 años

6 meses a 5 años

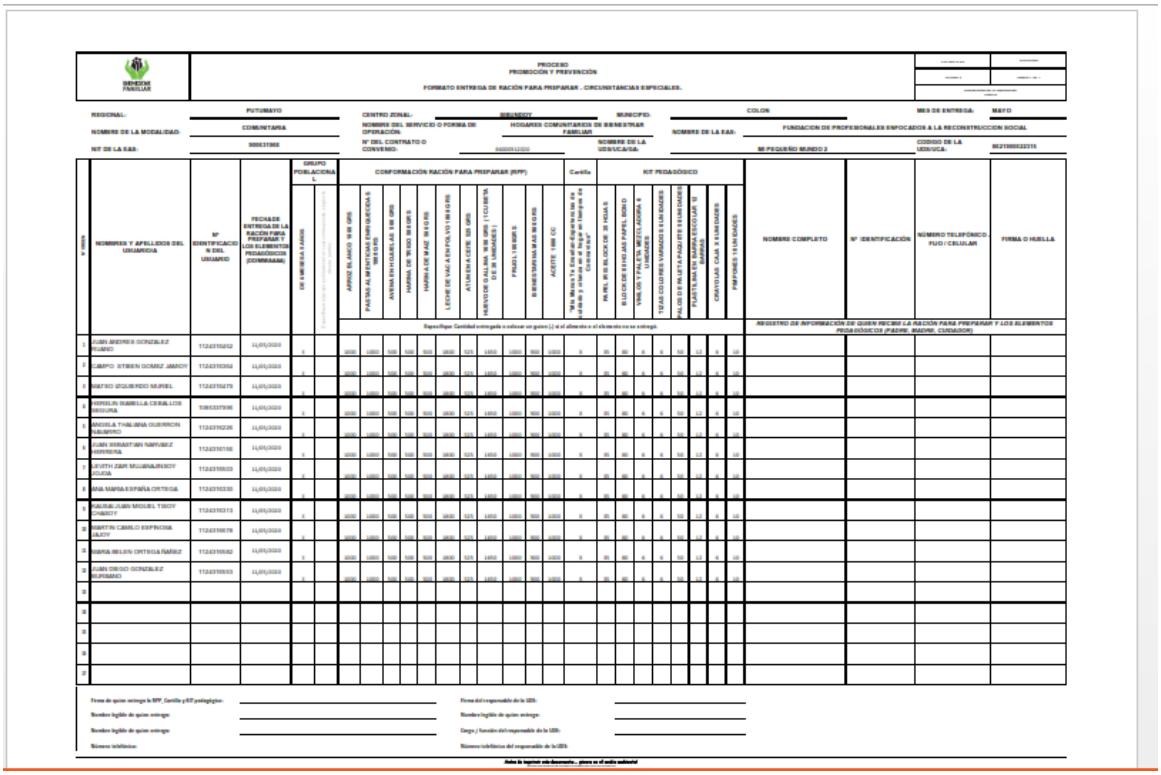
Ración para preparar mensual - RPP			
Grupo de alimento	Alimento	Cantidad en peso bruto	Frecuencia
Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	Arroz blanco	1000 g	1 vez al mes
	Pastas alimenticias enriquecidas	1000 g	
	Avena en hojuelas	500 g	
	Harina de trigo	500 g	
	Harina de maíz	500 g	
Leche y derivados lácteos	Leche de vaca entera en polvo	1800 g	
Carnes, huevos, Leguminosas y Mezclas vegetales	Atún en agua	525 g	
	Huevo de gallina (1 cubeta de 30 unidades)	1650 g	
	Fríjol	1000 g	
	Bienestarina Más	900 g	
Aceites	Aceite de girasol, maíz o soya	1000 cc	

BIENESTA FAMILIA

Notas Comentarios

Se envía al CZ el cronograma de la entrega de RPP para cada una de la UDS, se informa previamente a la madre comunitaria sobre la fecha de entrega para que ellas a su vez informen a los padres y madres de los niños y niñas beneficiarios.

Se hace entrega del formato de RPP para circunstancias especiales a para que se utilizado en la entrega del mes de mayo



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE RACIÓN PARA PREPARAR - CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

REGIONAL: PUTUMAYO
NOMBRE DE LA MODALIDAD: COMUNITARIA
NIT DE LA EAS: 900631966
CENTRO ZONAL: SIBUNDOY
NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR FAMILIAR
N° DEL CONTRATO O CONVENIO:
MUNICIPIO: COLON
NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL
NOMBRE DE LA UDS/UCA/UA: MI PEQUEÑO MUNDO 2
MES DE ENTREGA: MAYO
CODIGO DE LA UDS/UCA:

#	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	FECHA DE ENTREGA DE LA RACIÓN PARA PREPARAR Y LOS ELEMENTOS PEDAGÓGICOS (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: DE LACTANTES A PARDOS	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): ARROZ BLANCO 1000 GRS; PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000 GRS; AVENA ENHOJUELADA 500 GRS; HARINA DE TRIGO 850 GRS; HARINA DE MAIZ 850 GRS; LECHE DE VACA ENTERA UHT 1000 GRS; ATUN EN ACEITE 120 GRS; GARBANZO SECO 500 GRS (12 UNIDADES DE 50 GRAMOS); FRIJOL 1000 GRS; BIENMESABRIDA 850 GRS; ACEITE 1000 CC; "Mi Menú Ya Estaba Preparado de Antes y Llegue en el Tiempo de Consentirse"	Cartilla	KIT PEDAGÓGICO: EL REL MES BLOCK DE 30 HOJAS; BLOCK DE 5 HOJAS PAPEL BOND; VINILOS Y PALETA, MEZCLANDO 5 UNIDADES; TIZAS COLORES SURTIDOS 5 UNIDADES; PALILLO DE PALETA PAQUETE 10 UNIDADES; PASTA BLANDA PARA MODELAR 10 BARRAS; CRAYOLAS CAJA X 6 UNIDADES; PINTORES 10 UNIDADES	NOMBRE COMPLETO	N° IDENTIFICACIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO FIJO / CELULAR	FIRMA O HUELLA
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guion (-) si el alimento o el elemento no se entrega.			REGISTRO DE INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR Y LOS ELEMENTOS PEDAGÓGICOS (PADRE, MADRE, CUIDADOR)			
1	JUAN ANDRES GONZALEZ RUANO	1124315852	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
2	CAMPO STIBEN GOMEZ JIMOY	1124315056	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
3	MATEO IZQUIERDO MUÑOZ	1124315479	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
4	KAROLIN ISABELLA CEBALLOS SEGURA	1006337596	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
5	ANGELA THALIANA GUERRON SUAREZ	1124316226	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
6	JUAN SEBASTIAN NARVAEZ HERRERA	1124315156	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
7	JUSTIN ZAIR MUSMANNO ROJAS	1124315833	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
8	ANA MARIA ESPAÑA ORTEGA	1124315330	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
9	SALOME JUAN MIGUEL TISOY CHARFF	1124315313	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
10	MARTIN CAMILO ESPINOSA MUTY	1124315678	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
11	MARIA BELEN ORTEGA RAÑEZ	1124315582	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
12	JUAN DIEGO GONZALEZ RUPIRANO	1124315513	11/05/2020	x	1000 1000 500 500 500 1000 125 1000 1000 900 1000 0 35 30 6 6 10 12 6 10						
13											
14											
15											
16											
17											

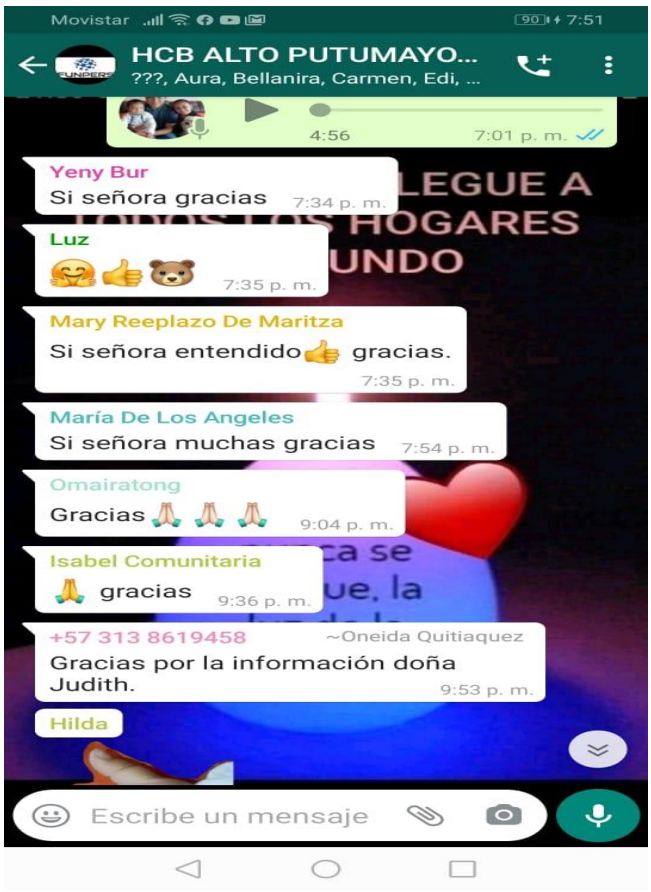
Firma de quien entrega la RPP, Cartilla y KIT pedagógico: _____
Nombre legible de quien entrega: _____
Nombre legible de quien entrega: _____
Número telefónico: _____

Firma del responsable de la UDS: _____
Nombre legible de quien entrega: _____
Cargo / función del responsable de la UDS: _____
Número telefónico del responsable de la UDS: _____

Nota: Se imprimirá este documento... ¡Ahora es el turno solidario!

Fue socializado por el referente SISO de la fundación el protocoló de Bioseguridad





El cual se adjunta

Evidencia de la entrega





Nt: 900631966-1

Transversal 7 # 6 – 55 La Hormiga, Putumayo BARRIO LA PARKER funpers2020@gmail.com


Bienestarina
Bienestarina

FUNPERS	CONTRATO NUMERO 091 SUSCRITO ENTRE ICBF Y FUNPERS MODALIDAD INSTITUCIONAL HCB	BIENESTAR FAMILIAR	El futuro es de todos Gobierno de Colombia
	INFORME PLAN DE		



Nt: 900631966-1
Transversal 7 # 6 – 55 La Hormiga, Putumayo BARRIO LA PARKER funpers2020@gmail.com

PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y LA PROPAGACIÓN DEL VIRUS SARS–COV 2 DURANTE LA ENTREGA DE PAQUETES

PARA: TALENTO HUMANO FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL

DE: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBJETIVO: Implementar protocolo de bioseguridad para prevenir el contagio y la propagación del virus SARS–Cov 2, durante la entrega de los paquetes alimentarios con el fin de proteger la salud de los trabajadores, usuarios y comunidad en general.

RESPONSABILIDADES POR PARTE DEL TRABAJADOR O CONTRATISTA

- Cumplir con los protocolos de bioseguridad adoptados por el empleador o contratante durante el tiempo que dure la prestación del servicio dentro de la empresa o el lugar asignado de trabajo.
- Informar al empleador o contratante de forma veraz y precisa su estado de salud.
- Reportar al coordinador o jefe inmediato cualquier presencia de síntoma sospechoso o relacionado con cuadros gripales.
- Procurar el cuidado de la salud colectiva.

PROTOCOLO

1. Al salir de casa

- Asegurarse de llevar todos los elementos de protección personal o elementos necesarios para el desarrollo de la actividad.
- Portar identificación en caso de ser requerido por las autoridades.
- Procure no tener contacto físico con ninguna persona desde el momento que sale de casa.
- Al llegar al lugar de concentración, no saludar de la mano, beso, abrazos o cualquier tipo de contacto físico, en saludo debe ser estrictamente verbal.

2. **Utilización de transporte público para llegar al lugar de trabajo.**

- Incentivar el uso de medios de transporte como bicicleta, si es posible vehículo automotor propio y realizar la limpieza y desinfección de los elementos que los componen.
- Si el desplazamiento se realza en transporte público de cualquier tipo, se deberá hacer uso de tapabocas y guantes de nitrilo o caucho, en donde siempre se debe procurar mantener la distancia mínima de 2 metros al interior del vehículo recomendada por las autoridades competentes.
- Mantener disponible gel anti bacterial o alcohol glicerinado para la aplicación antes y después de utilizar cualquier clase de transporte.

3. **Elementos de protección personal.**

- Antes de manipular los elementos de protección personal, debe desinfectarse las manos con alcohol utilizando la técnica adecuada. (Anexo. 1)
- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- En ningún caso los elementos de protección personal deben ser compartidos.
- Evitar tocar los elementos de protección personal con las manos sucias.
- El no uso o el uso inadecuado de los elementos de protección personal, será considerada una falta grave.

3.1. Manejo de tapabocas.

- Lavar o desinfectar las manos antes de tocar el tapabocas.
- Observar si el tapabocas tiene algún orificio o se encuentra en mal estado, en alguno de estos casos cambiarlos de inmediato.
- Revisar que lado del tapabocas es superior e inferior con el fin de que sea colocado correctamente y se amolde a la forma de la nariz cuando estos cuenten con tira metálica.
- Cubrir nariz y boca en su totalidad, solo retirarlo en caso de cambio o limpieza.

- El uso de tapabocas es obligatorio durante el tiempo de permanencia en la entrega de paquetes o por fuera de esta cuando se trate de una actividad en misión.
- El uso correcto de tapabocas es fundamental para evitar el contagio, igualmente es importante el retiro de estos en donde se debe evitar el contacto con los ojos, nariz y boca.
- El uso de tapabocas en tela es autorizado, siempre y cuando cumpla con las indicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Una vez retirado el tapabocas desechar en caso de ser desechable o lavar con agua y jabón en caso de ser reutilizable
- Técnica de como colocar el tapabocas. **(Anexo. 2)**
- Errores frecuentes sobre el uso de tapabocas. **(Anexo. 3)**

4. **Vehículos, conductores y acompañantes.**

- Los vehículos deberán ser desinfectados por lo menos 1 hora antes de la prestación del servicio.
- El conductor y el acompañante deberán contar con los elementos mínimos de bioseguridad como son tapabocas, gafas, gorro y los utilizarán de manera adecuada durante toda la prestación del servicio.
- El conductor y acompañante deberán guardar distancia entre ellos y las demás personas internas o externas a la prestación del servicio y por ningún motivo tendrán contacto físico.
- Antes y después
- de tener contacto con los paquetes el conductor y el acompañante deberán desinfectar sus manos con alcohol glicerinado utilizando el protocolo adecuado. **(Anexo. 1).**

5. **Lavado de manos.**

- Disponer en los lugares de entrega de paquetes los elementos necesarios para realizar el lavado de manos como agua limpia, jabón anti bacterial y toallas desechables.
- Antes de dirigirse al lavado de manos, debe aplicarse alcohol glicerinado o gel anti bacterial para desinfectar las manos

utilizando el protocolo adecuado y así evitar contaminar perillas, puertas o cualquier elemento que requiera contacto.

- Técnica de desinfección de manos con gen anti bacterial o alcohol glicerinado. **(Anexo. 1)**
- Todos los trabajadores y contratistas deberán cada 3 horas lavarse las manos durante la prestación del servicio utilizando el protocolo establecido. **(Anexo. 4)**
- Lavarse las manos después de entrar en contacto con superficies posiblemente contaminadas.
- Utilizar de manera responsable los recursos asignados para el lavado de manos.

6. Distanciamiento social.

El distanciamiento físico significa mantener un espacio entre personas fuera de su casa. Para practicar el distanciamiento físico se requiere:

- Los trabajadores, contratistas, padres de familia, acudientes y usuarios, deben permanecer a 2 metros de distancia entre persona y persona, con el fin de disminuir el riesgo de trasmisión.
- Evitar el aforo o confinamiento de personas en las zonas de entrega de paquetes.
- Estas medidas igualmente deben ser aplicadas cuando el trabajador o contratista se encuentre en misión.
- No se permiten las reuniones, encuentros o celebraciones de ningún tipo en donde no se garantice el distanciamiento o contacto entre las personas.
- Definir las funciones de cada una de las personas que participen en la entrega, con el fin de evitar la circulación en todas las zonas o áreas de circulación y la manipulación de paquetes, insumos, herramientas o materiales.

7. Entrega de paquetes

1. Es importante que los padres de familia, acudientes o asignados sean citados de forma ordenada en diferentes horarios para evitar la aglomeración de personas.

2. Recomendar a los padres de familia acudir con tapabocas y no retirarlo mientras dure la entrega.
3. Al ingresar al lugar donde se almacenarán y entregarán los paquetes, desinfectar los zapatos con alcohol.
4. Antes de manipular paquetes, materiales, herramientas y todo lo que se encuentre en el lugar de entrega, deberá lavarse las manos con abundante agua y jabón, utilizando el protocolo de lavado establecido.
5. Lavarse las manos cuantas veces lo vean necesario.
6. Utilizarlos EPP durante el tiempo que dure la entrega.
7. Por ningún motivo durante la entrega los colaboradores deben llevar las manos a boca, nariz y ojos.
8. Si se identifica que algún compañero(a) se encuentra con un cuadro gripar evidente, se debe informar al Jefe Inmediato y enviar a aislamiento preventivo en casa.
9. Cuando los paquetes estén listos para la entrega, deben se ubicados en un lugar cercano a la entrada por donde van a ingresar los padres de familia, acudiente o encargado.
10. Una vez el padre de familia, acudiente o encargado ingrese, el colaborador encargado(a) de la entrega manteniendo una distancia de 2 metros, le informará verbalmente cual es el paquete que le corresponde y evitará cualquier contacto físico innecesario, en este caso será el mismo padre de familia quien levante y traslade el paquete.
11. En cuanto a los registros de entrega, se ubicará de manera ordenada las listas en una mesa o superficie cerca a la entrada y será el padre de familia quien con una orientación básica del colaborador(a) buscará y firmará en el lugar que le corresponde, sin tener ningún contacto físico con el colaborador(a).
12. Al finalizar la entrega de paquetes, todos los colaboradores deberán lavarse las manos y desechar de manera responsable cualquier elemento que pueda ser foco de contaminación o transmisión del virus.

8. Al regresar a la vivienda.

- Retirar los zapatos a la entrada y lavar las suelas con agua y jabón.
- Lavar las manos de acuerdo con el protocolo establecido.
- Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano, buscar mantener siempre la distancia de más de 2 metros entre personas.
- Antes de tener contacto con los miembros de la familia cámbiese de ropa.
- Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
- La ropa debe lavarse en la lavadora o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla, no sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión del virus a través del aire, dejar que se sequen completamente.
- Bañarse con abundante agua y jabón.
- Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas superficies y objetos de manera regular.
- Si hay alguna persona con síntomas de gripa en la casa tanto la persona con síntomas de gripa como quienes cuidan de ella deben utilizar tapabocas de manera constante en el hogar.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. TÉCNICA DESINFECCIÓN DE MANOS CON ALCOHOL.
Anexo 2. COMO COLOCAR EL TAPABOCAS.
Anexo 3. ERRORES FRECUENTES SOBRE EL USO DE TAPABOCAS.
Anexo 4. TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS.

ANEXO 1. TÉCNICA DESINFECCIÓN DE MANOS CON ALCOHOL



ANEXO 2. COMO COLOCAR EL TAPABOCAS.



ANEXO 3. ERRORES FRECUENTES SOBRE EL USO DE TAPABOCAS



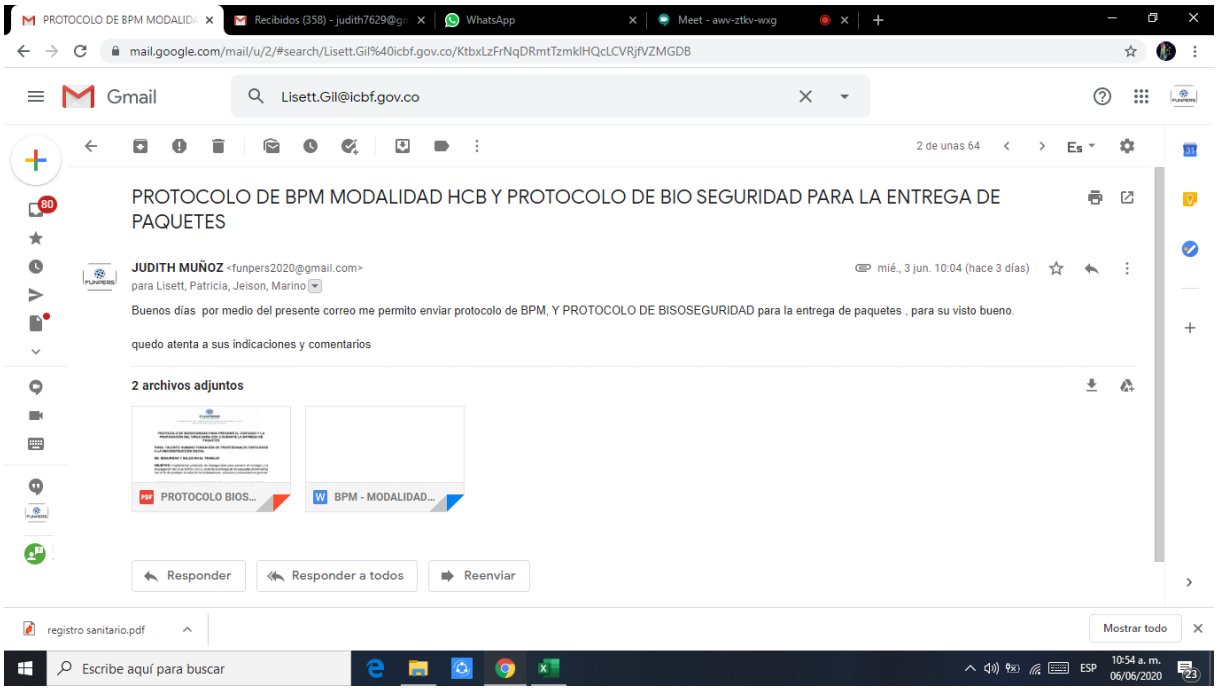
ANEXO 4. TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS.

¿Cómo lavarse las manos?

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente | SAVE LIVES Clean Your Hands


PROTOCOLO DE BPM MODALIDAD HCB Y PROTOCOLO DE BIO SEGURIDAD PARA LA ENTREGA DE PAQUETES
JUDITH MUÑOZ <funpers2020@gmail.com>
para Lisett, Patricia, Jeison, Marino
mié., 3 jun. 10:04 (hace 3 días)
Buenos días por medio del presente correo me permito enviar protocolo de BPM, Y PROTOCOLO DE BISOSEGURIDAD para la entrega de paquetes , para su visto bueno.
quedo atenta a sus indicaciones y comentarios
2 archivos adjuntos
PROTOCOLO BIOS...
BPM - MODALIDAD...
Responder
Responder a todos
Reenviar
registro sanitario.pdf
Mostrar todo
Escribe aquí para buscar
10:54 a. m.
06/06/2020

HOGARES COMUNI

CONTRA

CRONOGRAMA PRIMERA ENTREGA DE COM

MUNICIPIO: VALLE DE SIBUNDOY

RESPONSABLES UNIDAD	NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN	BARRIO/VEREDA
LUS MARINA CHICUNQUE	TSEM JENAN	BARRIO ORIENTAL
LUZ MARINA AGREDA	SHINYETEM	VEREDA TAMABIOY
NATIVIDAD CHINDOY	LOS PEQUEÑINES	VEREDA LLANO GRANDE
IRMA BURBANO	CARITAS ALEGRES	VEREDA CENTRAL SAN ANTONIO
MARIA ORFELINA JACANAMEJOY	SAN SILVESTRE	VEREDA SAN SILVESTRE
MARIA FATIMA JAMIOY	SILVESTRE	VEREDA SAN SILVESTRE
MIRIAN DEL ROSARIO JACANAMEJOY	NUEVA GENERACION	VEREDA LA MENTA
LIGIA RAMOS	LINDOS SUEÑOS	BARRIO EL CENTRO
MARIA ONEIDA QUITIAQUEZ	LOS ANGELITOS	SAN PEDRO
EDITH NANCY PEJENDINO	LOS CARIÑOSITOS	BARRIO SAN ANTONIO
MARIA DE LOS ANGELES BURBANO	LOS CHIQUITINES	BARRIO SAN ANTONIO
MARIA DEL CARMEN PEJENDINO	MI MUNDO FELIZ	BARRIO EL PORVENIR
OMAIRA ALICIATONGUINO	MI PEQUEÑO MUNDO	CALLE PRINCIPAL SAN PEDRO
NELLY URBANO	MI PEQUEÑO MUNDO 2	BARIRO SAN ANTINIO
MARIA BELLANIRA LOPEZ	PEQUEÑOS EXPLORADORES	VEREDA MICHOACAN
MARI CRUZ ROCIO JUAJIBIOY	PEQUEÑOS GIGANTES	SAN PEDRO
JENNY AMPARO BURBANO MARTINEZ	SEMILLITAS DEL SABER	BARRIO SAN ANTONIO
ROSA MARIA GOMAJOA	CARITAS FELICES	BARRIO EL TRIUNFO
ROSA AURA MOJOMBOY	DIVINO NIÑO	VEREDA LA Y

RUT MARIA CUATINDIOY	EL RINCONCITO	VEDERA SAN ANRES
SARA CLEMENCIA MONCAYO	HOGAR DEL DIVINO NIÑO	BARRIO NAZARETH
MARIA ISABEL CORDOBA	HOGAR RENACER	BARRIO VILLANUEVA
LUCIA ESPERANZA MOJOMBOY	INDIPAYAKU	VEREDA CHORRO SAN JOSE
MARIA DEL CARMEN TAQUEZ	JARDIN DE ILUSIONES	BARRIO LA FLORESTA
MARIA JESUSA MOJOMBOY	LA MARIZOLA	VEREDA LA Y
GLADIS ESPERANZA CUATINDIOY	LA RECREACION	VEREDA CHAGUAR SINDAM
MARIA HILDA ARTEGA	LAS SEMILLITAS	BARRIO SANTA TERESITA
ROSA CORDOBA DE PALACIOS	MI PEQUEÑO MUNDO 1	BARRIO LOS ESTUDIANTES
MARIA ESTELA ARTEGA	PERSONITAS DEL MAÑANA	BARRIO EL TRIUNFO
YOLANDA AGREDA	WAWAKUNAPA WUASI	BARRIO DE TRIUNFO

TARIOS DE BIENESTAR FAMILIAR
TO No. 091 - FUNPERS
MPLEMENTOS NUTRICIONALES HCB MES DE M

MUNICIPIO	FECHA DE ENTREGA
SIBUNDOY	LUNES 11 DE JULIO
SIBUNDOY	LUNES 11 DE JULIO
SIBUNDOY	LUNES 11 DE JULIO
SAN FRANCISCO	LUNES 11 DE JULIO
SAN FRANCISCO	LUNES 11 DE JULIO
SAN FRANCISCO	LUNES 11 DE JULIO
SAN FRANCISCO	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
COLON	LUNES 11 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO

SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO
SANTIAGO	MARTES 12 DE JULIO

MAYO 2020

OBSERVACION
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID -19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID -19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID -19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19

LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19
LA ENTREGA SE REALIZA DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS DEBIDO A LA EMERGENCIA DECLARADA POR EL COVID - 19