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

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato de aporte Número: 036** | **Cupos: 150** | **Servicio que presta: MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO** | |
| **Fecha de Inicio de la Prestación del Servicio: 01**/01/2021 | | **Período reportado:** 01/01/2021 al 31/01/2021 | |
| **Municipio(s) en el que se ubica el servicio: INÍRIDA** | | | **N° de unidades de servicio: 1** |
| **Nombre de la Entidad Administradora del Servicio (EAS): fundación NU3** | | **Nombre del Representante Legal de la (EAS): CINDY DURÁN** | |
| **Regional: GUAINÍA** | | **Dependencia y/o Centro(s) Zonal(es) que supervisa(n): INÍRIDA** | |
| **Nombre(s) del (los) Supervisor(es): GERMANIA GIL LUCAS** | | | |

## 2. INFORME GENERAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y GESTANTES ATENDIDOS EN LA MODALIDAD

| ASPECTO A EVALUAR | NÚMERO | % EN RELACIÓN A LOS CUPOS CONTRATADOS | ALERTAS Y OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Total de cupos contratados | 150 | | |
| Total de hijos de mujeres gestantes beneficiarias con continuidad en el periodo | 25 | 17% | |
| Total de niñas y niños con continuidad en el periodo | 23 | 15% | |
| Total de mujeres gestantes con continuidad en el periodo | 27 | 18% | |
| Total de beneficiarios con continuidad atendidos en el periodo (NN, MG Y/O ML) | **75** | **50%** | |
| Total de recien nacidos hijos de mujeres gestantes beneficiarias nuevos en el periodo | 8 | 5% | |
| Usuarios nuevos en el periodo (Niños y Niñas) | 62 | 41% | |
| Usuarios nuevos en el periodo (Mujeres Gestantes) | 5 | 3% | |
| Total beneficiarios nuevos en el periodo | **75** | **50%** | |
| Usuarios reportados con calidad en el sistema de información "aplicativo Cuentame" del ICBF en el periodo | 150 | 100% | |
| Usuarios con discapacidad atendidos (incluye madres gestantes y mujeres en periodo de lactancia) | 0 | 0% | |
| Usuarios de nacionalidad extranjera atendidos (Niños y Niñas) | 5 | 3% | |
| Usuarios de nacionalidad extranjera atendidos ( madres gestantes) | 5 | 3% | |
| Total de Usuarios de nacionalidad extranjera atendidos ( madres gestantes, Niños y Niñas) | **10** | **7%** | |
| Usuarios afrodescendientes, indigenas o raizal atendidos (incluye madres gestantes y mujeres en periodo de lactancia) | 140 | 93% | |

**km**

| ASPECTO A EVALUAR | NÚMERO | % EN RELACIÓN A LOS CUPOS CONTRATADOS | ALERTAS Y OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Niñas y niños que egresan durante el período (Terminación de tiempo de atención) | 0 | 0% | |
| Mujeres gestantes que egresan durante el período (Etapa de puerperio) | 0 | 0% | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Niñas y niños que se retiraron durante el período (retiros por otros motivos) | 0 | 0% | |
| Mujeres gestantes que se retiraron durante el período (retiros por otros motivos) | 0 | 0% | |
| Niñas y niños que fallecieron durante el período | 0 | 0% | |
| Mujeres gestantes que fallecieron durante el período | 0 | 0% | |
| **TOTAL** | **0** | **0%** | |

| ASPECTO A EVALUAR | N° DE CASOS AL INICIAR EL PERIODO DE ATENCIÓN | N° DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE | % DE AVANCE EN RESOLUCIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES | ALERTAS Y OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| Niñas y niños sin registro civil | 21 | 21 | 100% | 21 beneficiarios sin documento, de los cuales 5 son de nacionalidad venezolana, 7 Hijos de mujeres gestantes nacidos en la modalidad, de los cuales son residentes en zona urbana del municipio y en zona de Caño Bocón, 9 son niños ubicados por el rio. |
| Niñas y niños sin afiliación a salud | 52 | 52 | 100% | 52 niñso sin afiliación de los cuales 16 son lactantes ubicados por el rio y 36 son niños mayores de 6 meses . |
| Mujeres gestantes sin documento de identidad | 2 | 2 | 100% | 2 mujeres gestantes sin documento debido a que su nacionalidad es Venezolana. |
| Mujeres gestantes sin afiliación a salud | 9 | 9 | 100% | Gestantessin afiliación de las cuales 2 son de nacionalidad venezolana, y 7 colombianas las cuales que no han realizado el tramite ante la Eps debido a que estan ubicadas por el rio. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Niñas y niños sin control de crecimiento y desarrollo | | 46 | 46 | 100% | El programa de CyD estaba inhabilitado, de igual forma no se han realizado brigadas médicas a las lugares donde están ubicadas nuestras familias. |
| Niñas y niños sin esquema de vacunación completo acorde a su edad al inicio del contrato | | 37 | 37 | 100% | Niños que están ubicados en zona lejanas y no han realizado brigadas. |
| Mujeres gestantes sin control prenatal | | 2 | 2 | 100% | Mujeres gestantes de nacionalidad venezolana |
| Mujeres Gestantes sin esquema de vacunación completo acorde a su edad gestacional. | | 9 | 9 | 100% | 2 son de nacionalidad venezolana<br>7 llegaron de comunidades ubicadas en la frontera. |
| **ASPECTO A EVALUAR** | | **N° DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE** | **TOTAL DE CASOS REPORTADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO** | **ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS** |
| Número de casos de malnutrición reportados a las Entidades correspondientes | Desnutrición | 1 | 1 | LACTANTE QUE SE ENCONTRABA EN LA COMUNIDAD BARRANQUITO RUTA DEL RIO GUAVIARE, EN EL MOMENTO DE LA FOCALIZACIÓN SE ENCUENTRA CON DESNUTRICIÓN. |
| | Riesgo de Desnutrición | 69 | 69 | Se realizo el respectivo ingreso a la modalidad |
| **CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL** | | | | |
| **Niños y niñas de 0 a 24 meses** | | | | |
| **ESTADO NUTRICIONAL** | | **N° DE NIÑOS Y/O NIÑAS** | **% DE NIÑOS Y/O NIÑAS** | **ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS** |
| Descripción cuantitativa del diagnóstico nutricional (Reportar mensual) | Peso adecuado para la talla | 31 | 21% | los niños que se evidencian en peso adecuado, riesgo de soprepeso,sobrepeso y obecidad son niños y niñas de continuidad 30 n en riesgo de desnutricion son niños y niñas que ingresaron a la modalidas de los cuales 3 son de continuidad. |
| | Riesgo de Desnutrición aguda | 33 | 22% | |
| | Desnutrición aguda moderada | 0 | 0% | |
| | Desnutrición aguda severa | 0 | 0% | |
| | Riesgo de sobrepeso | 9 | 6% | |
| | Sobrepeso | 11 | 7% | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Obesidad | 1 | 1% | |
| **TOTALES** | | **85** | **57%** | |
| **Niños y niñas de 25 meses a 4 años 11 meses** | | | | |
| **ESTADO NUTRICIONAL** | | **N° DE NIÑOS Y/O NIÑAS** | **% DE NIÑOS Y/O NIÑAS** | **ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS** |
| Descripción cuantitativa del diagnóstico nutricional (Reportar mensual) | Peso adecuado para la talla | 11 | 7% | |
| | Riesgo de Desnutricion aguda | 22 | 15% | |
| | Desnutrición aguda moderada | 0 | 0% | |
| | Desnutrición aguda severa | 0 | 0% | |
| | Riesgo de sobrepeso | 0 | 0% | |
| | Sobrepeso | 0 | 0% | |
| | Obesidad | 0 | 0% | |
| **TOTAL** | | **33** | **22%** | |
| **Gestantes** | | | | |
| **ESTADO NUTRICIONAL** | | **N° MADRES GESTANTES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL** | **% MADRES GESTANTES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL** | **ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS** |
| Descripción cuantitativa del diagnóstico nutricional (Reportar mensual) | Bajo peso para la edad gestacional | 12 | 8% | De las 27 madres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, 2 vienen de continuidad. 12 gestantes con diagnóstico adecuado para la edad gestacional, correspondiente a beneficiarias de continuidad. |
| | IMC adecuado para la edad gestacional | 16 | 11% | |
| | Sobrepeso para la edad gestacional | 2 | 1% | |
| | Obesidad para la edad gestacional | 2 | 1% | |
| **TOTAL** | | **32** | **21%** | |
| **TOTALES** | | **150** | **100%** | |
| Descripción de la ganancia de peso de la mujer gestante | Gestantes con ganancia de peso inferior a 400 gr por semana | | 0% | |
| | Gestantes con ganancia de peso entre 400 - 600 gr por semana | | 0% | |
| | Gestantes con ganancia de peso mayor a 600 gr por semana | | 0% | |
| | **TOTAL** | **0** | **0%** | |
| **SITUACIONES DE MALTRATO** | | **N° DE NIÑOS, NIÑAS Y/O MADRES GESTANTES** | **NUMERO DE CASOS DE MALTRATO REPORTADOS A LAS ENTIDADES CORRESPONDIENTES** | **ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS** |
| | Violencia intrafamiliar | 0 | 0 | |
| | Maltrato infantil | 0 | 0 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Número de casos de maltrato identificados en la Unidad de Servicio | Violencia sexual | 0 | 0 | Durante el período no se identificaron situaciones de éste tipo. |
| | Negligencia | 0 | 0 | |
| | Explotación sexual | 0 | 0 | |
| | Otros | 0 | 0 | |
| **TOTAL** | | **0** | **0** | |

**5. FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMO ENTORNO PROTECTOR**

**De acuerdo con su Plan de Atención y Acompañamiento Individual y Familiar describa las estrategias ejecutadas en el período reportado (acciones encaminadas a la transformación de los factores de riesgo o mantenimiento de los factores protectores)**

Las estrategias implementadas para la transformación de los factores de riesgo han sido mediante atenciones presenciales y algunas llamadas telefónicas a beneficiarios ubicados en el casco urbano, pues a quienes se encuentran en comunidades sobre los ríos Inírida y Guaviare se realizó charla grupal (bajo medidas de autocuidado y prevención por virus covid_19) abordando temas importantes a fortalecer en las familias como:consumo de agua potable, aseo y orden en elementos que componen las viviendas, Inadecuados hábitos de higiene y aseo personal, lavado de manos, uso del tapabocas, desinfección permanente de los hogares y elementos que lo conforman, y demàs aspectos pertinentes en el marco de la emergencia sanitaria en que el país se encuentra por el virus covid_19. Es importante mencionar que debido al poco acceso de las familias a teléfonos, los gestores y profesionales del equipo de trabajo se han estado desplazando a las casas, siempre acatando medidas de protección por virus covid-19.

| ACTIVIDADES ADELANTADAS | N° DE VISITAS REALIZADAS Y/O ENCUENTROS | N° DE ASISTENTES | N° TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO | BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADELANTADAS |
|---|---|---|---|---|
| Encuentros grupales ejecutados para realizar seguimiento del estado nutricional y salud según lo planteado en el formato operativo plan de acompañamiento familiar | 16 | 80 | 16 | En el mes reportado se realizaron encuentros para dar conocer la modalidad y realizar la focalización y seguimiento de niños de continuidad tanto en el casco urbano como en las familias que residen en las 13 comunidades indìgenas ubicadas sobre los rìos Guaviare e Inírida, teniendo en cuenta las medidas de cuidado y prevención al contagio del COVID-19. |
| Visitas de acompañamiento a los hogares o familias para el periodo reportado (Nutricionista) | 0 | 0 | 0 | |
| Visitas de acompañamiento a los hogares o familias para el periodo reportado (Psicologa) | 25 | 25 | 3 | la psicologa realizo visita a las familias de la ruta del rio Guaviare, donde brindo orintaciones sobre la importancia de habitos de higiene y los derechos de los niños y niñas. |
| Visitas de acompañamiento a los hogares o familias para el periodo reportado (Enfermero) | 40 | 40 | | Para el período reportado se realizaron visitas de acompañamiento a los hogares o familias, bajo las medidas corrrespondientes de bioseguridad; ya que a la totalidad de beneficiarios se realió visitas para seguimiento antropométrico. El auxiliar de enfermería realizó seguimiento antropométrico a beneficiarios residentes en Inírida (urbana) y río Inírida (rural). |
| Visitas de acompañamiento a los hogares o familias para el periodo reportado (Gestoras Comunitarias) | 150 | 150 | | A la totalidad de beneficiarios se realizó visitas para seguimiento antropométrico, se hicieron desplazamientos a comunidades indígenas ubicadas sobre ríos Inírida y Guaviare donde residen beneficiarios, realizando seguimientos antropométrico y entrega de RFPP y/o ALC según el caso, además focalización e ingreso de nuevos beneficiarios. |

**6. DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR**

| | | |
|---|---|---|
| Enuncie las dificultades que encontraron para desarrollar las acciones propuestas en el Plan de Atención y Acompañamiento Individual y Familiar | Salud y Nutrición | se evidenia muchos niños y niñas con vulneración de derechos en relacion a la documentación, al igual que se observan algunos niños de continuidad en riesgo de desnutrición por lo que se incita a los padres a preparar de manera adecuada la ración y a ponersen al dia con los documentos exigidos por la modalidad. |
| | Familia, comunidad y redes | se observa que muchas familias tienen el fogon en el suelo situación que es un factor de riesgo, al igual que el consumo de agua sin hervir y en algunas comunidades se evidencia la falta de habitos de higiene y autocuidado.16 |
| | Administrativo y de gestión | Ninguna evidenciada. |
| | Talento humano | Ninguna evidenciada. |

**7. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

**De acuerdo con su Plan de Atención y Acompañamiento Individual y Familiar describa las estrategias ejecutadas en el período reportado (acciones encaminadas a la educación alimentaria y nutricional (EAN), promoción y fortalecimiento de la práctica de la Lactancia Materna y Complementación alimentaria)**

Mediante seguimientos presenciales en las casas y algunos telefónicos, se abordaron temas que propenden hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las familias; para el mes de junio en particular se abordó el tema de buen uso y aprovechamiento de la ración familiar para preparar y el alimento de alto valor nutricional; además, en lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.

| ACTIVIDADES ADELANTADAS | N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS | N° DE ASISTENTES | N° TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO | BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADELANTADAS |
|---|---|---|---|---|
| Encuentros grupales ejecutados donde se realice promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludables y/o promoción y fortalecimiento de la práctica de la Lactancia Materna para el periodo reportado | 16 | 80 | 0 | Durante la visita a las comunidades se realiza actividades de prevención y promoción, igualmete se insentiva a las familias a establecer habitos y estilos de vida saludable. |

**8. COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA**

**De acuerdo con su Plan de Atención y Acompañamiento Individual y Familiar describa la complementación alimentaria realizada a los usuarios de la modalidad durante el periodo reportado (ración familia para preparar y/o alimento listo para el consumo)**

Durante el período reportado se entregaron 103 RFPP a beneficiarios con continuidad (niños/niñas y madres gestantes) . Se entregaron 988 sobres de ALC, beneficiarios con diagnóstico riesgo de desnutrición aguda, correspondientes a beneficiarios de continuidad e ingresos nuevos.

| COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA - RFPP | N° DE RACIONES FAMILIAR PARA PREPARAR (RFPP) ENTREGADAS | N° DE USUARIOS QUE RECIBIERON LA RFPP | N° TOTAL DE RFPP ENTREGADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| Total de RFPP entregados a niños y niñas menores de 6 meses durante el periodo reportado | 37 | 37 | 37 | Ninguna. |
| Total de RFPP entregados a niños y niñas Mayores de 6 meses durante el periodo reportado | 34 | 34 | 34 | Ninguna. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Total de RFPP entregados a mujeres gestantes durante el periodo reportado | 32 | 32 | 45% | Ninguna. |
| **TOTALES RFPP ENTREGADOS** | **103** | **103** | 103 | |
| **COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA - ALC** | **N° DE ALIMENTOS LISTOS PARA EL CONSUMO (ALC) ENTREGADOS** | **N° DE USUARIOS QUE RECIBIERON ALC** | **N° TOTAL DE ALC ENTREGADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO** | **OBSERVACIONES** |
| Total de ALC entregados a niños y niñas durante el periodo reportado | 988 | 56 | 988 | Ninguna. |
| **TOTALES ALC ENTREGADOS** | **988** | 56 | 988 | Ninguna. |
| **COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA - AAVN** | **N° DE AAVN ENTREGADOS** | **N° DE USUARIOS QUE RECIBIERON EL AAVN** | **N° TOTAL DE AAVN ENTREGADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO** | **OBSERVACIONES** |
| Total de AAVN (Bienestarina) entregados a niños y niñas y mujeres gestantes durante el periodo reportado | 275 | 103 | 103 | Ninguna. |
| Total de AAVN (para mujeres gestantes y lactantes)entregados NN menores de 6 meses durante el periodo reportado | 0 | 0 | 0 | Durante le mes de Enero no se entrego AAVN debido a que no habia en la bodeha de ICBF |
| Total de AAVN (para mujeres gestantes y lactantes)entregados a mujeres gestantes durante el periodo reportado | 0 | 0 | 0% | Durante le mes de Enero no se entrego AAVN debido a que no habia en la bodeha de ICBF |
| **TOTALES AAVN ENTREGADOS** | **275** | 103 | 103 | |

## 9. ESTUDIO DE CASOS

| NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS USUARIOS EN ESTUDIO | MOTIVO DE INGRESO A LA MODALIDAD | OBSERVACIONES GENERALES | INTERVENCIÓN REALIZADA Y RESULTADOS OBTENIDOS | ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Alan Silva | Riesgo de desnutrición aguda | Niña mayor de 6 meses, de continuidad en el programa, quien reporta riesgo de desnutriciòn en el período reportado. | **ENTREGA DE ALC y RFPP** | |
| valery Valentina Vargas Lopez | Riesgo de desnutrición aguda | Niño mayor de 6 meses, de continuidad en el programa, quien reporta riesgo de desnutriciòn en el período reportado. | **ENTREGA DE ALC y RFPP** | |
| Juancho Salcedo | Riesgo de Desnutricion aguda | Niño mayor de 6 meses, de continuidad en el programa, quien reporta riesgo de desnutriciòn en el período reportado. | **ENTREGA DE ALC y RFPP** | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Keilor smit Laserna | Riesgo de Desnutricion aguda | Niño mayor de 6 meses, de continuidad en el programa, quien reporta riesgo de desnutriciòn en el período reportado. | **ENTREGA DE ALC y RFPP** | |

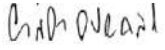
| UNIDAD DE ATENCIÓN Y MUNICIPIO | N° DE NIÑOS Y NIÑAS REPORTADOS PARA ESTUDIO DE CASOS | N° DE MUJERES GESTANTES REPORTADOS PARA ESTUDIO DE CASOS | N° TOTAL DE ESTUDIOS DE CASOS REPORTADOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **INÍRIDA** | **4** | **0** | **4** | **ESTUDIOS DE CASO REPORTADOS REALIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO** |

| 10. ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **ENTIDADES Y/O DEPENDENCIA CON QUIEN REALIZO ARTICULACIÓN** | **MOTIVO DE ARTICULACIÓN** | **ACCIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS** | **OBSERVACIONES** |
| **CAPITANES INDÌGENAS Y LÌDERES COMUNALES DE COMUNIDADES INDÌGENAS Y BARRIOS DEL MUNICIPIO DE INÌRIDA, ZONA RURAL Y URBANA.** | **SOCIALIZACIÒN DE ESTRATEGIA MIL DÌAS PARA CAMBIAR EL MUNDO Y BÙSQUEDA ACTIVA DE FAMILIAS A FOCALIZAR.** | SE REALIZARON REUNIONES PRESENCIALES CON LOS LÌDERES, CAPITANES Y REPRESENTANTES, QUIENES YA CONOCÌAN LA MODALIDAD, SE ACLARARON DUDAS, SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN DETALLADA EN LO QUE REFIERE A OBJETIVOS, POBLACIÒN A ATENDER, CRITERIOS DE INGRESO. | LOS LÍDERES MOSTRARON RECEPTIVIDAD Y DISPOSICIÓN, PROPORCIONANDO INFORMACIÓN DE SUS COMUNIDADES, Y COMPROMETIÉNDOSE EN TRANSMITIR LA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACOMPAÑAR A AQUELLAS FAMILIAS VINCULADAS Y/O POR VINCULAR AL PROGRAMA. |
| **SECRETARIA DE SALUD** | **REMISÓN DEL USUARIO "HIJO DE LUZ ANGELA YAVIMA CHIPIAJE¨** | SE REALIZO REMISIÓN DE UN MENOR QUIEN NO TIENE NOMBRE Y POR ENDE NO POSEE DOCUMENTACIÓN, EN EL MOMENTO DEL SEGUIMEINTO ARROJA UN DIAGNOSTICO DE DESNUTRICÓN Y ADEMAS SE EVIDENCIA QUE LA MADRE ES MENOR DE EDAD (14) AÑOS. | SE HA REALIZADO SEGUIMEINTO A ESTA REMIOSN SIN EMBARGO LA SECRETARIA DE SALUD SE ENCUENTRA EN CONTRATACIÓN SITUACIÓN QUE HA GENERADO DEMORAS EN LA ATENCIÓN DEL MENOR |

| **CARGO** | **N° DE PERSONAS VINCULADAS** | **N° DE PERSONAS DESVINCULADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO (RENUNCIARON O SE RETIRARON DEL CARGO)** | **N° ACUMULADO DE PERSONAS QUE SE DESVINCULARON** | **OBSERVACIONES** |
|---|---|---|---|---|
| Coordinadores | 1 | 0 | 0 | |
| Gestores Comunitarios | 3 | 0 | 0 | |
| Profesionales de Atención Psicosocial | 1 | 0 | 0 | |
| Profesionales de Nutrición | 1 | 0 | 0 | Durante el mes de Enero se presento demora con relación a la llegada de la nutricionista quien llego a la UDS el dia 26 de enero y renuncio el 28 renuncio. |
| Auxiliares o Técnico en enfermeria | 1 | 0 | 0 | |
| Apoyo Administrativos | 1 | 0 | 0 | |
| **Total** | **8** | **0** | **0** | |

| **N° DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS** | **N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS** | **N° TOTAL DE ASISTENTES** | **BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** |
|---|---|---|---|
| Procesos de cualificación al talento humano | | | |
| 1 | 1 | 7 | La nutricionista brindo orientaciones con relación a la técnica adecuada de medidas antropometricas, al igual que la conservación de aliementos y el adecuado uso del AAVN- ALC. |

| 12. OBSERVACIONES GENERALES |
|---|

| |
|---|
| Durante el período reportado el equipo de talento humano prestó atención a beneficiarios ubicados en comunidades indígenas, ocupaciones de echo y zonas barriales del municipio de Inírida (zona rural y urbana), con el de realizar la respectiva focalización teniendo en cuenta las casetas de los diferentes lugares establecido y teniendo en cuenta las recomendaciones dadas con relación a la pandemia, con el fin de ingresar beneficiarios de continuidad y usuarios nuevos que cumplieran criterio según valoración nutricional, se hicieron dos desplazamientos a zona rural, a los ríos Guaviare (7 comunidades indígenas) y río Inírida (4 comunidades indígenas), para dichos recorridos se tuvieron que desplazar 3 gestores, la psicosocial y la auxiliar de enfermeria. En el mes reportado no se realizaron encuentros en las diferntes comunidades con un aforo de permitido. Así mismo, las entregas de ALC y RFPP se realizaron en la bodega y en las diferntes comunidades visitadas por el rio. |
| |
| ANEXOS<br>1. Copia de las concertaciones con liderez en las diferentes comunidades.<br>2. Copia de las actas entregadas a los diferentes instituciones para dar a conocer la modalidad . 3 Remisión del Hijo de Luz Angela Yavima Chipiaje. 4<br>Informe de actividades desarroladas desagregado por talento humano vinculado a la modalidad |
| |
| CINDY DURÁN  |

| | |
|---|---|
| **Nombre y apellido del Representante Legal de la EAS** | **Firma del representante Legal de la EAS** |
| **Nombre y firma de quien revisó** | **Nombre y firma de quien aprobó** |

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