

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc):

Fecha: 01-10-2024

Argelia

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS Ese Suroccidente contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Vaneza Tatiana DELGADO

No. documento de identidad: .1002292637 Firma: vaneza Tatiana D.

Responsable de (nombre de la niña o niño)

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camile

Hoyos Hoyos

No. documento de identidad: 1061727436

Firma:



Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09/2020
		Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario 64 K	Talla inicial beneficiario 157 cm	Clasificación nutricional Sobrepeso para la edad Gestacional	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Vaneza Tatiana Delgado Guerrero		Fecha de nacimiento 04/10/2002	Fecha de Ingreso 01-10-2024
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐		Edad al ingreso beneficiario/a 22 años	Para mujeres gestantes- semanas de gestación 16
Tipo de documento de identidad 1. ☐ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☒ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene		Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	
		Número de documento de identidad 1002792637	
Étnicamente se reconoce como: 1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Rromm Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☒ Ninguna		Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐ Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable Vaneza Tatiana Delgado G.		Parentesco Usugris	Número de contacto 3185662257
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas		Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia: 1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	
		La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____	
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐		¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	
		¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐	

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.M07.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO			
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Argelia</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>La Morqueza</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>2° 19' 1</u> W: <u>77° 14' 20</u>	
Primera opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____		
Parentesco: _____	Parentesco: _____		

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Si	No	Documento	Si	No
Documento de identidad	✓		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación	✓		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	✓	
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	✓		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad		

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Yaneza DELGADO</u>	Nombre y firma de la persona que diligenció:  Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia
 Fecha: 01-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS Ese Surcoidente contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Justina Floricelda Diaz Toro

No. documento de identidad: 1007282294 Firma Justina Diaz

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Corinto

Hoyos Hoyos No. documento de identidad: 1061727438

Firma: 

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2013

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario 76 kilos	Talla inicial beneficiario 155 centímetros	Clasificación nutricional Sobrepeso para la edad Gestacional
--	--	--

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a Justine Floricelda Díaz Toro	Fecha de nacimiento 23-08-1989	Fecha de Ingreso 01-10-2020
--	--	---------------------------------------

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	Edad al ingreso beneficiario/a 35 años	Para mujeres gestantes- semanas de gestación 27
---	--	---

Tipo de documento de identidad 1. ☐ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☒ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	Número de documento de identidad 1007282294
--	--	---

Étnicamente se reconoce como:

1. ☐ Indígena Pueblo: _____
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable

Justine Floricelda Díaz

Parentesco

Gestante

Número de contacto

316605463

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
 - ☐ Auditiva
 - ☐ Visual
 - ☐ Gusto
 - ☐ Olfato
 - ☐ Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
 - ☐ Cognitivo
 - ☐ Psicosocial
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Argelis</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>C/ Placado Bl Jardín</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>2° 27' 28"</u> W: <u>77° 14' 31"</u>
Primera opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☐	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☒	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☐	☐

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Justina Diaz</u>	Nombre y firma de la persona que diligenció: 
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
 Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SE FAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia
 Fecha: 01-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS ESE Guacolda contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Carmentha claudio s

No. documento de identidad: 418570930 Firma Carmentha claudio

Responsable de (nombre de la niña o niño) Shara Donisse Guacá Otero

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camilo

Hoyos Hoyos No. documento de identidad: 1061727436

Firma: [Firma]

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario 10.3 kilos Talla inicial beneficiario 88.5 centímetros Clasificación nutricional Riesgo de Desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a Shora Denisse Guiza Otero Fecha de nacimiento 28/06-2021 Fecha de Ingreso 01-10-2024

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ Edad al ingreso beneficiario/a 3 años Para mujeres gestantes- semanas de gestación

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadanía
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad

1029607198

Etnicamente se reconoce como:

1. ☐ Indígena Pueblo: _____
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable

Parentesco

Número de contacto

Simone da Silva

Abuelo

316 501 1818

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En qué categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
☐ Auditiva
☐ Visual
☐ Gusto
☐ Olfato
☐ Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
☐ Cognitivo
☐ Psicosocial
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?

NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP Versión 2	07/09/2020 Página 3 de 3
--	--	----------------------------	---------------------------------

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO			
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Argelia</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>cl Placado</u> <u>ul La Hacienda</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>2° 29' 8"</u> W: <u>77° 13' 44"</u>	
Primera opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____		

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Camila C. C. C.</u> Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>[Firma]</u> Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09/2020
		Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia
 Fecha: 02-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS Ese Suroccidente contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Yohana Perez Ruiz

No. documento de identidad: 1058671086 Firma: [Firma]

Responsable de (nombre de la niña o niño) Liam Yesid Gonzalez Perez

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camilo

Hoyos Hoyos No. documento de identidad: 1061727436

Firma: [Firma]

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1712 DE 2014

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09/2020
		Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario 3.1 Kilos	Talla inicial beneficiario 44 centímetros	Clasificación nutricional Sobrepeso
---	---	---

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a Liam Yessid Gonzalez Perez	Fecha de nacimiento 01-10-2024	Fecha de Ingreso 06-10-2024
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	Edad al ingreso beneficiario/a 7 día	Para mujeres gestantes- semanas de gestación

Tipo de documento de identidad 1. ☒ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	Número de documento de identidad 1058679226
--	--	---

Étnicamente se reconoce como: 1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Rromm Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☒ Ninguna	Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐ Hecho victimizante: _____
---	--

Nombre Acudiente/responsable Yohana Perez Ruiz	Parentesco Madre	Número de contacto 313 698 5827
--	----------------------------	---

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorías presenta discapacidad 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas	Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia: 1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____
---	--	--

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

¿Recibe atención en terapia y/o
rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre
entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación

Descripción de la discapacidad

¿Tiene proceso
de interdicción?
NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento:

Cauca

Municipio:

Argelia

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia,
comuna, corregimiento, ranchería:

Dirección:

07 el Recreo

Coordenadas geográficas:

N: 2° 15' 17"

W: 77° 14' 43"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Documento	Si	No	Documento	Si	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☐	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☐	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Función:

☐ Nutricionista

☐ Profesional social

☐ Auxiliar de enfermería

☒ Gestor/a

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL IC9F Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia
 Fecha: 14-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS Ese Surco delante contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Elmer Valencia M

No. documento de identidad: 70697226 Firma: Elmer Valencia

Responsable de (nombre de la niña o niño) Juan Manuel Valencia Gomez

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camilo

Hoyos Hoyos No. documento de identidad: 1061727436

Firma: 

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2 MO7 PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario 3.4 kilos	Talla inicial beneficiario 31 centímetros	Clasificación nutricional Peso Adequado Para la Talla	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Juan Manuel Valencia Galdames	Fecha de nacimiento 13-10-2024	Fecha de ingreso 14-10-2024	
Sexo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	Edad al ingreso beneficiario/a 1 día	Para mujeres gestantes- semanas de gestación	
Tipo de documento de identidad 1 ☒ Registro civil 2 ☐ Tarjeta de Identidad 3 ☐ Cédula Ciudadanía 4 ☐ No tiene	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1 ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2 ☐ Falta de gestión familiar 3 ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4 ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5 ☐ Otra, cuál: _____		Número de documento de identidad 1058 699 227
Étnicamente se reconoce como: 1 ☐ Indígena Pueblo _____ 2 ☐ Kromm Kumpania _____ 3 ☐ Negra/o 4 ☐ Afro 5 ☐ Raizal 6 ☐ Palenquera 7 ☒ Ninguna		Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐ Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable ELMER Valencia M	Parentesco Padre	Número de contacto 3166540669	
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad: 1 ☐ Alteración a nivel de movilidad 2 ☐ Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3 ☐ Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4 ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5 ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6 ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas	Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia: 1 ☐ Leve Independiente 2 ☐ Moderada SemIndependiente 3 ☐ Severa Dependiente		La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐	¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda: _____		¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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

Quelquer copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MC/7.PP

07/09/2020

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

Versión 2

Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación, Nombre entidad atención _____			
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐			
4. DATOS DE DOMICILIO					
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Argelia</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐			
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>Cl Placado</u> <u>Pb Puente del Rio</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>2° 27' 37"</u> W: <u>77° 14' 10"</u>			
Primera opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____				
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	SI	No	Documento	SI	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☐	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☐	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐
6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Elmer Valencia M</u>			Nombre y firma de la persona que diligenció: <u>[Firma]</u>		
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:			Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a		

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBSF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia

Fecha: 11-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS Ese Suroccidente contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Yeison Hernan Trujillo Ruiz

No. documento de identidad: 1058675781 Firma Yeison Hernan Trujillo Ruiz

Responsable de (nombre de la niña o niño) Lohiam Marias Trujillo Galindez

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camilo

Hoyos Hoyos No. documento de identidad: 1061727436

Firma: 

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario 2,92 Kilos	Talla inicial beneficiario 48.3 centímetros	Clasificación nutricional Peso Adecuado Para la Talla	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Ledian Matias Trujillo Gonzalez		Fecha de nacimiento 10-10-2024	Fecha de Ingreso 11-10-2024
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a 1 día	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Tipo de documento de identidad 1. ☒ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene		Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	
		Número de documento de identidad 1061836049	
Étnicamente se reconoce como:		Es desplazado: NO ☒ SI ☐	
1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Rromm Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☒ Ninguna		De donde: _____	
		Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐	
		Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable Yelson Hernan Trujillo		Parentesco Padre	Número de contacto 3225502511
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas		Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia. 1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	
		La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____	
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐		¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	
		¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐	

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

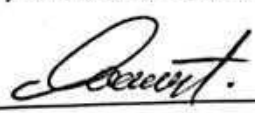
 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO			
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Argelia</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>C/ El Diviso</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>2° 19' 44"</u> W: <u>77° 15' 44"</u>	
Primera opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____		
Parentesco: _____	Parentesco: _____		

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	SÍ	No	Documento	SÍ	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☐	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☐	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Yelson Trujillo</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: 
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia
Fecha: 11-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS ESE Suerooccidente contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Candelaria Lopez Diaz

No. documento de identidad: 1131504686 Firma Candelaria

Responsable de (nombre de la niña o niño) hijo de Candelaria Lopez Diaz

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camilo

Hugo Hugo No. documento de identidad: 1061727436

Firma: [Firma]

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1531 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario 2.85 kilos	Talla inicial beneficiario 50 centímetros	Clasificación nutricional Ringo de Desnutrición Aguda	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Hijo de Candelaria Lopez Diaz		Fecha de nacimiento 10-10-2024	Fecha de Ingreso 11-10-2024
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a 1 día	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Tipo de documento de identidad 1. ☐ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☒ No tiene		Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☒ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	
		Número de documento de identidad S.D.	
Étnicamente se reconoce como: 1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Romm Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☒ Ninguna		Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐ Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable Candelaria Lopez Diaz		Parentesco madre	Número de contacto 3169852170
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas		Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia. 1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	
		La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____	
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐	¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda		¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09/2020
		Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Angelia</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>Cl Ploteado</u> <u>V/ La Hacienda</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>2° 28' 12"</u> W: <u>77° 13' 38"</u>

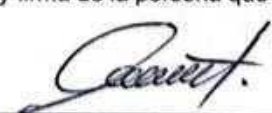
Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: _____ Nombre: _____	Número de contacto: _____ Nombre: _____
Parentesco: _____	Parentesco: _____

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad			Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación	☒		Carné control prenatal (mujeres gestantes)		
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)			Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Candelaria Lopez dias</u> Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio:  Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a
---	--

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09/2020
		Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia
 Fecha: 24-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS ESE Suroccidente contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Helén Lucero Vega

No. documento de identidad: 1059243589 Firma Helén Vega

Responsable de (nombre de la niña o niño) hijo de helén lucero vega rocedo

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camilo

Hoyos Hoyos No. documento de identidad: 1064727436

Firma: [Firma]

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

3.5 kilos

Talla inicial beneficiario

50 centímetros

Clasificación nutricional

Peso Adecuado Para la Talla

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Hija de Helen Lucero Vega Carcedo

Fecha de nacimiento

23-10-2024

Fecha de Ingreso

24-10-2024

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

7 días

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

Tipo de documento de identidad

1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadanía
4. ☒ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☒ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad

S.O.

Étnicamente se reconoce como:

1. ☐ Indígena Pueblo: _____
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimante: _____

Nombre Acudiente/responsable

Helen Lucero Vega Carcedo

Parentesco

madre

Número de contacto

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
 - ☐ Auditiva
 - ☐ Visual
 - ☐ Gusto
 - ☐ Olfato
 - ☐ Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
 - ☐ Cognitivo
 - ☐ Psicosocial
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

¿Recibe atención en terapia y/o
rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre
entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación

Descripción de la discapacidad

¿Tiene proceso
de interdicción?
NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento:

Cauca

Municipio:

Argelia

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia,
comuna, corregimiento, ranchería:

Dirección:

C/ El Diviso

Coordenadas geográficas:

N: 2° 18' 29"

W: 77° 15' 24"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad			Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación			Carné control prenatal (mujeres gestantes)		
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)			Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad		

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores
de edad:

Welen Vega

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

[Firma]

Función:

- ☐ Nutricionista
☐ Profesional social
☐ Auxiliar de enfermería
☒ Gestor/a

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia
 Fecha: 05-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS Ex Suroccidente contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Yennifer Elizabeth Melnaje

No. documento de identidad: 1.058.669.161 Firma Yennifer Melnaje

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hijo de Jennifer Elizabeth Melnaje

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camilo

Hoyos Hoyos No. documento de identidad: 1001727436

Firma: [Firma]

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

3.25 Kilos

Talla inicial beneficiario

50 centímetros

Clasificación nutricional

Peso Adequado Para La Talla

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Hijo de Jennifer Elizabeth Melendez

Fecha de nacimiento

04-10-2024

Fecha de Ingreso

05-10-2024

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al Ingreso beneficiario/a

7 días

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

Tipo de documento de identidad

1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadanía
4. ☒ No tiene

Si no cuenta con Documento de Identidad cuál es la causa:

1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☒ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad

50

Étnicamente se reconoce como:

1. ☐ Indígena Pueblo: _____
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable

Jennifer Elizabeth Melendez Pulido

Parentesco

Madre

Número de contacto

3218193915

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
☐ Auditiva
☐ Visual
☐ Gusto
☐ Olfato
☐ Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
☐ Cognitivo
☐ Psicosocial
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO			
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Argelis</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☒	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>Cl El mango</u>	Coordenadas geográficas N: <u>2° 20' 7"</u> W: <u>77° 14' 0"</u>	
Primera opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____		
Parentesco: _____		Parentesco: _____	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad			Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación	☒		Carné control prenatal (mujeres gestantes)		
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)			Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:

Yennifer Elizabeth Mekenje

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

[Firma]

Función:

- ☐ Nutricionista
☐ Profesional social
☐ Auxiliar de enfermería
☒ Gestor/a

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Argelia
 Fecha: 24-10-2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS El Occidente contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Mery Montero Montero

No. documento de identidad: 1054901903 Firma Mery Montero

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hija de Mery Montero Montero

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Camilo

Ayres Héro No. documento de identidad: 1061727436

Firma: 

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

3.25 kilos

Talla inicial beneficiario

49 centímetros

Clasificación nutricional

Peso Adecuado para la Talla

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Hija de Mary Montero Montero

Fecha de nacimiento

23-10-2017

Fecha de Ingreso

24-10-2020

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

7 días

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

Tipo de documento de identidad

1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadanía
4. ☒ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☒ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad

S.O.

Étnicamente se reconoce como:

1. ☐ Indígena Pueblo: _____
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable

Mary Montero Montero

Parentesco

Madre

Número de contacto

3162479241

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
☐ Auditiva
☐ Visual
☐ Gusto
☐ Olfato
☐ Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
☐ Cognitivo
☐ Psicosocial
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia:

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Argelia</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>C/ Placado</u> <u>B) Poblado</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>7° 28' 1</u> W: <u>77° 14' 20</u>
Primera opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	

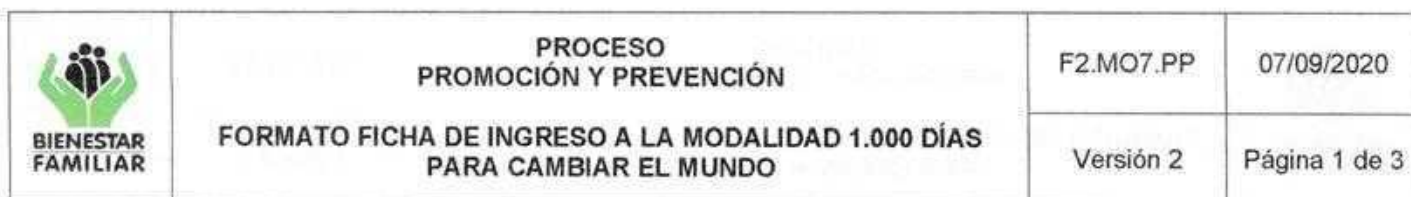
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	SI	No	Documento	SI	No
Documento de identidad			Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación			Carné control prenatal (mujeres gestantes)		
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)			Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad		

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Morley Monteros</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>[Firma]</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



Fecha: 17 October 2024

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario 3.47	Talla inicial beneficiario 50	Clasificación nutricional Peso adecuado para la edad	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Hijo de Blanca Sonia Ruiz		Fecha de nacimiento 16 Octubre 2021	Fecha de Ingreso 17 octubre 2021
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a 0 meses	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Tipo de documento de identidad 1. ☐ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☒ No tiene		Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	
		Número de documento de identidad 50	
Étnicamente se reconoce como: 1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Rrom Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☒ Ninguna		Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☐ SI ☐ Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable Blanca Sonia Ruiz		Parentesco madre	Número de contacto 3184135169
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☐ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. ☐ Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. ☐ Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas		Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia: 1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	
		La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____	
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐		¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	
		¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐	

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO			
Departamento: <u>Carepa</u>	Municipio: <u>Balboa</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☒	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>B. Libertador</u>	Dirección: <u>Barrio Libertador</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>2° 2' 16"</u> W: <u>77° 12' 58"</u>	
Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto		
Número de contacto: <u>3184153169</u>	Nombre: <u>Blanca Sonia Ruiz</u>	Número de contacto: _____	Nombre: _____
Parentesco: <u>madre</u>	Parentesco: _____		

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad			Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación	☒		Carné control prenatal (mujeres gestantes)		
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)			Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Sonia Ruiz</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Germán López</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Mercedes
 Fecha: 11 de octubre 2021

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS ESESUR OCCIDENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Alejandra Fernandez Jaramillo

No. documento de identidad: 1001782556 Firma _____

Responsable de (nombre de la niña o niño) Emmanuel Hoyos Fernandez

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Yasmín López

No. documento de identidad: 25594037

Firma: Yasmín López

Observaciones:

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario 3.09	Talla inicial beneficiario 50.6	Clasificación nutricional Peso adecuado Para la talla	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Emmanuel Hoyos F.		Fecha de nacimiento 10 de Octubre 2024	Fecha de Ingreso 11 Octubre 2024
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a 0 meses	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Tipo de documento de identidad 1. ☒ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene		Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	
Étnicamente se reconoce como: 1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Rrom Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☒ Ninguna		Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐ Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable Alejandra Fernandez		Parentesco mami	Número de contacto 312 866 3640
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☐ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas.		Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia. 1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	
		La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____	
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐		¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	
		¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐	

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Morcadorez</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Vereda</u>	Dirección: <u>Vereda Curacaus</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>1° 46' 18"</u> W: <u>77° 2' 21"</u>

Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3128663640</u>	Nombre: <u>Alexandra Fernandez</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____	Nombre: _____
Parentesco: <u>mami</u>	Parentesco: _____	Parentesco: _____	Parentesco: _____

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Si	No	Documento	Si	No
Documento de identidad	X		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación	X		Carné control prenatal (mujeres gestantes)		
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)			Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad		

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Alexandra Fernandez</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yosmín Lopez</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Mercedes
 Fecha: 04 octubre 2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS ESE SUBOCIDENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Dauria Locero Bobinos Diaz

No. documento de identidad: 1107 073 148 Firma Dauria Locero Bobinos

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Yosmin Lopez

_____. No. documento de identidad: 25394037.

Firma: Yosmin Lopez

Observaciones:



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

68

Talla inicial beneficiario

151

Clasificación nutricional

Sobre peso edad Gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Dauria Lucero Bolaños D.

Fecha de nacimiento

16 Junio 1992

Fecha de Ingreso

04-October 2024

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐

Edad al ingreso beneficiario/a

32

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

10

Tipo de documento de identidad

1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☒ Cédula Ciudadanía
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad

1107073148

Étnicamente se reconoce como:

1. ☐ Indígena Pueblo: _____
2. ☐ Rrom Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☐ SI ☒

De donde: Florencia Caquetá

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☐ SI ☒

Hecho victimizante: Desplazamiento

Nombre Acudiente/responsable

Dauria Lucero Bolaños Díaz

Parentesco

Usuraria

Número de contacto

3103945957

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
☐ Auditiva
☐ Visual
☐ Gusto
☐ Olfato
☐ Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
☐ Cognitivo
☐ Psicosocial
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?

NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Mercedes</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>Barrio Modelo</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>1° 42' 16"</u> W: <u>77° 9' 47"</u>

Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3103948959</u> Nombre: <u>Dania Lucero Palacios</u> Parentesco: <u>Usaria</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____
---	---

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Documento	Si	No	Documento	Si	No
Documento de identidad	☒		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación	☒		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☒	
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad		

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Dania Lucero Palacios Diaz</u> Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yamir Lopez</u> Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a
--	--

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Mercadoyes

Fecha: 07 Octubre 2024

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS ESEROCIDENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Maura Andrea Acosta Gaviria

No. documento de identidad: 1122340023 Firma Maura Andrea Ac.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hijo de Maura Andrea Acosta Gaviria

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Yosmín López

No. documento de identidad: 25594037

Firma: Yosmín López

Observaciones:

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario 2.050 gramos	Talla inicial beneficiario 44	Clasificación nutricional Peso adecuado Para la talla	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Hijo de Haura Andrea Acosta Gaviria		Fecha de nacimiento 29- Septiembre 2021	Fecha de Ingreso 07- Octubre 2021
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a 1 día	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Tipo de documento de identidad 1. ☐ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☒ No tiene	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____		Número de documento de identidad
Étnicamente se reconoce como: 1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Rromm Kumpania: _____ 3. ☐ Negra/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☐ Ninguna		Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐ Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable Haura Andrea Acosta Gaviria		Parentesco Madre	Número de contacto 315433 7468
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas	Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia. 1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente		La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐	¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda		¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Cauca</u>	Municipio: <u>Marcadorez</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección:	Coordenadas geográficas: N: <u>1° 51' 10"</u> W: <u>77° 3' 44"</u>

Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3154337469</u> Nombre: <u>Maria A. Acosta G.</u> Parentesco: <u>madre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____
---	---

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad			Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		
Carné de vacunación	✓		Carné control prenatal (mujeres gestantes)		
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)			Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	✓	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	
Observaciones:	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Maria Andrea Ac.</u> Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yamir López</u> Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☐ Gestor/a

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

LUGAR:	PUNTO DE ENTREGA PRIMARIO ☐ UDS ☐	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA O UDS:	MES DE CONSUMO:	OCTUBRE	2024
REGIONAL:	CAUCA	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA O UDS:			
CENTRO ZONAL:	SUR	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA O UDS:	YINETH SUSANA OSSA SOLARTE	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA:	
MUNICIPIO:	ARGELIA	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA O UDS:		BARRIO:	
MODALIDAD:	1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUINDO	CÓDIGO PUNTO DE ENTREGA DE ORIGEN:	19010010047	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA DE ORIGEN:	MIL DIAS ESE SUROCCIDENTE POPAYAN
			TELÉFONO:		

Nº	DATOS BENEFICIARIO							FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)		Bienestarina Más*		Bienestarina* Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE		
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.				Nº LOTE	UNO	Nº LOTE	UNO	Nº LOTE	UNO	Nº LOTE	UNO	NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA	PARENTESCO	FIRMA
1	MAYERLI		RUIZ	ADRADA	CC	1059362584	21/10/2024	2072172	3									Mayerli ADRADA Ruiz 1059362584	Usaria	Mayerli Ruiz ADRADA
2	SOLANYI	YULIET	MENENSES	TRUJILLO	CC	1002791395	21/10/2024	2072172	3									Solanyi Yuliet 1002791395	Usario	Solanyi Yuliet
3	ERIKA	EMPERATRIZ	MARTINEZ	CARRILLO	CV	1257311	21/10/2024	2072172	3									Erika Martinez 1257311	Usario	Erika Martinez
4	HUO DE YEIMI	ALEJANDRA	GALINDEZ	HOYOS	SD	SD	21/10/2024	2072172	3									Haison Trujillo 1059362584	Usario	Haison T.
5	HEILY	DAHIAN	FERNANDEZ	VALENCIA	RC	1115794474	21/10/2024	2072172	2									Nelly Valencia	Madre	Nelly Valencia
6	ZARA	NAHOMY	MIRANDA	VALENCIA	RC	1058678021	21/10/2024	2072172	2									Nelly Valencia	Madre	Nelly Valencia
7	GISELL		VALENCIANO		CC	1058678835	21/10/2024	2072172	3									Gissell Valencia	Usaria	Gissell Valencia
8	JENNYFFER		GIRON	CAICEDO	CC	1058669118	21/10/2024	2072172	3									Jennyffer Giron 1058678021	Usaria	Jennyffer G.C.
9	MATIAS	ALEJANDRO	MUÑOZ	HOYOS	RC	25503437	21/10/2024	2072172	3									Jaidy y Yamara Hoyos	Madre	Jaidy Hoyos
10	STEFANIA		TRUJILLO	VERA	CC	1058671846	21/10/2024	2072172	3									Stefania Trujillo Vera	Usaria	Stefania T.
11	PAULA	VALENTINA	GUZMAN	DORADO	RC	1058679027	21/10/2024	2072172	2									Jaidy Dorado Caicedo	Madre	Jaidy Dorado
12	EMILY	SALOME	MUÑOZ	CORDOBA	RC	1058678657	21/10/2024	2072172	2									Luisa cordoba	Madre	Luisa Cordoba
13	IAN	MARTIN	RUIZ	HOYOS	RC	1058678118	21/10/2024	2072172	2									Lenny Diomar Hoyos	Madre	Lenny Hoyos
14	ALIZ	CATALEYA	MARIN	CLAROS	RC	1117557114	21/10/2024	2072172	2									Maria Claros Marin	Madre	Maria Claros

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Nº	DATOS BENEFICIARIO						FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina BAs*		Bienestarina*		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE		
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TPO DOC	Nº DOC IDENT.		Nº LOTE	UNO	Nº LOTE	UNO	Nº LOTE	UNO	Nº LOTE	UNO	NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA	PARENTESCO	FIRMA
15	YEIDY	LUCIANA	ALVARES	CLAROS	RC	1058678984	21/10/2024	2072172	2							Mónica Clara G. Alvarez	madre	Mónica Clara G. Alvarez
16	DARIN	SOFIA	DORADO	DAZA	RC	1059365582	21/10/2024	2072172	2							Solany Daza	madre	Solany Daza
17	JULIAN	SANTIAGO	DAZA	ARBOLEDA	RC	1058941404	21/10/2024	2072172	2							Yoslany Arbolada	madre	Yoslany Arbolada
18	PAULA	ALEJANDRA	QUIRO	GOMEZ	RC	1058678463	21/10/2024	2072172	2							Yenisela Gomez	madre	Yenisela Gomez
19	LIAM	YESID	GONZALEZ	PEREZ	RC	1058679226	21/10/2024	2072172	3							Thalia Narvaez	usuario	Thalia N.
20	ANYI	TALLA	NARVAEZ	SANTACRUZ	CC	1004778019	21/10/2024	2072172	3							Yohana Perez R.	1058672028	Yohana Perez
21	ALISS	MARTINA	MUÑOZ	ROSEDO	RC	1112070463	21/10/2024	2072172	2							Jimena Rosero	1151969634	Jimena Rosero
22	YEIMI	ROSEDO	MUÑOZ		CC	1002860738	21/10/2024	2072172	3							Yanni Rosero M.	1002860738	Yanni Rosero
23	JORDI	ALEJANDRO	CANTILLO	ROSEDO	RC	1058678231	21/10/2024	2072172	2							Daniela Rosero	Madre	Daniela Rosero
24	EILEN	VICTORIA	VELA	CORDOBA	RC	1059365166	21/10/2024	2072172	2							Blanca Suleimy C.	madre	Blanca S.
25	ADHARA	KAMILA	MUÑOZ	SAMBONI	RC	1058678777	21/10/2024	2072172	2							Astrid Samboni	Madre	Astrid Samboni
26	JEIMY	TATIANA	HENAO		CC	1115358686	21/10/2024	2072172	3							Jeimy Henao	usuario	Jeimy Henao
27	YINA	PAOLA	ORTEGA	GUERRERO	CC	1061759283	21/10/2024	2072172	3							Yina Paola Ortega G.	1061759283	Paola Ortega
28	HUO DE JENIFER	ELIZABETH	MELANJE	BURBANO	SD	SD	21/10/2024	2072172	3							Yenifer Elizabeth M.	Madre	Yenifer Henao
29	JHOSTIN	DANIEL	RIVERA	ORTIZ	RC	1058678899	21/10/2024	2072172	2							Yamileth Ortiz	Madre	Yamileth O.
30	YOLBI	YULIANA	RUZ	MENESES	CC	1058666744	21/10/2024	2072172	3							Yolbi Yuliana Ruz	usuario	Yolbi

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:

1061727436

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

N°	DATOS BENEFICIARIO						FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarías Más*		Bienestarías*		Alimento MG y ML		Otro AAVM		QUIEN RECIBE		
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TPO DOC	N° DOC. IDENT.		N° LOTE	UNO	N° LOTE	UNO	N° LOTE	UNO	N° LOTE	UNO	NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA	FAMILIAR/ESGO	PRIMA
31	MERY		MONTERO	MONTERO	CC	1058678539	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Merly Montero	Usaria	Merly Montero
32	ADRIANA		ARTUAGA	ASTUDILLO	CC	1115794474	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Adriana Artundaga	Usaria	Adriana Artundaga
33	JUSTINA	FLORICELDA	DIAZ	TORO	CC	1007282294	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Justina diaz toro	Usaria	Justina diaz
34	JHOSELIN	ELIZA	OFUENTES	MONTILLA	RC	1061835058	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Luz Edilene Montilla	Madre	Luz M
35	ELIZABETH		PAREJA	BOLAÑOS	RC	1058678694	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Kelly Johana B	Madre	Johana B.
36	SHARA	DENISSE	GUACA	OTERO	RC	1029607198	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Comente Nana	Madre	Comente N.
37	JOSHUA	ALEXANDER	OCAMPO	CEBALLOS	RC	1058678467	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Solanyi Francis Ceballos	madre	Solanyi Ceballos
38	MIGUEL	ANGEL	CORDOBA	BURBANO	RC	1058673956	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Nancy Burbano Cruz	madre	Nancy Burbano C
39	YUDI	KATERINE	MUÑOZ	ESPINOZA	CC	1058679050	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Gudy K Muñoz E	Usaria	Gudy
40	XOMARA	CELESTE	CADENA	ORDÓÑEZ	RC	1058678954	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Andrea Ordoñez	Madre	Andrea ordoñez
41	ALBENIS	DANIELA	CORDOBA	CORDOBA	CC	1059913547	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Albenis Daniela Cordoba	Usaria	Albenis Daniela
42	HELEN	LUCERO	VEGA	CAICEDO	TI	1059243589	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Bernadina VEGA N	padre	Bernadina VEGA
43	ANGELA	VALENTINA	IMBACHI	VELASCO	RC	1058679005	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	o/ga meri	madre	o/ga meri
44	ZOE	VALENTINA	REYES	VEGA	RC	1058678464	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Valentina Vega Hoyos	madre	Valentina Vega
45	JUAN	MANUEL	VALENCIA	GALINDEZ	RC	1058679227	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Yessira Paack Galindez R	Nana	Yessira Galindez

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:

Coment.
1061727436

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

N°	DATOS BENEFICIARIO						FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Mba*		Bienestarina*		Alimento MG y ML		Otro AAVU		QUEM RECIBE		
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TPO DOC	N° DOC. IDENT.		N° LOTE	UND	N° LOTE	UND	N° LOTE	UND	N° LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA	PARENTESCO	FIRMA
46	IAN	KALETH	RIVERA	ROLANDS	RC	1058678608	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Edith Fabiola	Fabiola	Edith Fabiola
47	DAYANA	MICHEL	ORTIZ	ZUÑIGA	CC	1058666720	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Dayana Ortiz	Usaria	Dayana Ortiz
48	LAUREN	SOFA	MAMIAN	MENESES	RC	1058678833	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Anayibe Meneses	mamian	Anayibe Meneses
49	HIJO DE CANDELARIA		LOPEZ	DIAZ	SD	SD	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Candelaria López	madre	Candelaria L.
50	MARTIN		HOYOS	HOYOS	RC	1061835687	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Leimi Cristina Hoyos	Madre	Leimi Hoyos
51	JUAN	DAVID	RODRIGUEZ	ECHVERRY	CC	1058677774	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Andres Echeverry	Madre	Andres E.
52	EILEEN	SOFA	HOYOS	MARTINEZ	RC	1059903885	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Victoria Martinez	Madre	Victoria M.
53	HILARY	MARIA	VIVAS	ENRIQUEZ	CV	6139744	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Adriana A. Lopez	Esposa	Adriana
54	VANEZA	TATIANA	DELGADO	GUERRERO	CC	1002792637	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	VANEZA TATIANA	Esposa	VANEZA TATIANA
55	MARLY	RODO	LASO		CC	34574489	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Marly Rodolfo Laso	Usaria	Marly Rodolfo Laso
56	ARYN	LUCIANA	MENESES	CORDOBA	RC	1061831350	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Wilson Meneses	Padre	Wilson Meneses
57	EMANUEL		SANCHEZ	CORDOBA	RC	1029607474	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Yuly Fernanda E.	Madre	Yuly Fernanda
58	CARMEN	ISABELA	MOLINA	MUÑOZ	RC	1058679093	21/10/2024	2072172	2	—	—	—	—	—	—	Maria Muñoz	Madre	Maria M.
59	MIREYA		CARVAJAL	CASTAÑO	CC	48575214	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Mireya Carvajal	Usaria	Mireya Carvajal
60	MARIA	NOHEM	QUIJONES	MAURONGO	CC	1087115192	21/10/2024	2072172	3	—	—	—	—	—	—	Maria Vergara C	Esposa	Maria Vergara C

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:

[Firma]
1061332436

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

F2.P5.PP
Versión 4
1 de 2
17/09/2018
Clasificación de la Información
Clasificada

LUGAR:	PUNTO DE ENTREGA PRIMARIO UDS	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA O UDS:	19010010047	MES DE CC	OCTUBRE	AÑO: 2024
REGIONAL:	CAUCA	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA O UDS:	UDS SUR			
CENTRO:	SUR	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA O UDS:	YINET SUSANA OSSA	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA : MIREYA GUZMAN SAMBONI		
ZONAL:	BALBOA	CALLE AN 9A OS		BARRIO: MODELO		
MUNICIPIO:		CODIGO PUNTO DE ENTREGA DE ORIGEN	19010010047	NOMBRE PUNTO		
MODALIDAD:	1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO			MIL DÍAS ESE SUROCCIDENTE POPAYAN		

Nº	DATOS BENEFICIARIO						FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)			Bienestarina Más*			Bienestari na*			Alimento MG y ML			Otro AAVN			QUIEN RECIBE		
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOC	Nº DOC IDENT.				Nº LOTE	UNID	LOTES	Nº LOTE	UNID	LOTES	Nº LOTE	UNID	LOTES	Nº LOTE	UNID	LOTES	NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA	PARENTESCO	FIRMA
1	FRANK	YANOBICH	MACIAS	ZUÑOGA	RC	1059365665				2072172	2											Cludia P. Zuñiga	Madre	Cludia Zuñiga Ruiz
2	MARIA	PAULA	SEMANATE	BOJORGE	RC	1059365677				2072172	2											Ruth Elena Barragan	abuela	RUTH Barragao
3	NIKOL	XIOMARA	DAZA	RUJIZ	RC	1059365724				2072172	2											Karen Melissa Daza R.	Madre	Karen melissa Daza
4	ARIANA	CELESTE	NOGUERA	DORADO	RC	1059365688				2072172	2											Leidy Dorado Alariza	Madre	Leidy Dorado
5	VIOLETA		ORTEGA	ORTEGA	RC	1059365236				2072172	2											Karen Yareth Ortega L.	Madre	Karen Yareth Orla
6	VALERY	CELESTE	ARMERO	DAZA	RC	1059365811				2072172	2											Andrea Katherine Daza	Madre	Katherine Daza
7	ALEXI	YOMARA	ARGOTE	CORDOBA	CC	1002793512				2072172	3											Alexi Yomara Argote C.	usuaria	Alexi Argote
8	DORANI		CERON	ORTEGA	TI	1059358972				2072172	3											Angela Ortega	Madre	Angela
9	DEVANIRA		BRAVO	GUERRERO	CC	1144101678				2072172	3											Devanira Bravo Guerrero	usuaria	Devanira Bravo
10	YEIMY	ANDREA	IMBACHI	RODRIGUEZ	CC	1059356291				2072172	3											Yeimy Andrea Imbach	usuaria	Andrea Rodriguez
11	NURY	VANESA	GAVIRIA	GONZALEZ	CC	1059355827				2072172	3											Nury Vanesa Gaviria	usuaria	Nury Vanessa G.
12	ADRIANA	LUCIA	LOPEZ	PEREZ	CC	1002835711				2072172	3											Adriana Lucia Lopez	usuaria	Adriana Lopez
13	DEICY	YORELY	DIAZ	GOMEZ	CC	1002836621				2072172	3											Leidy Diaz	hermana	Leidy Diaz
14	LUZ	ELENA	HOYOS	RAMIREZ	TI	1059360122				2072172	3											Luz Elena Hoyos R.	usuaria	Luz Elena Hoyos
15	YENSY	ELOISA	CAICEDO	QUINONES	CC	1063818098				2072172	3											Yensi Eloisa Caicedo	usuaria	Yensi Eloisa Caicedo

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:

Yosmina Lopez
25544037

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

F2.P5.PP
Versión 4
2 de 2
17/09/2018
Clasificación de la información
Clasificada

Nº	DATOS BENEFICIARIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)			Bienestar Más*			Alimento			Otro AAVN		NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA		QUIEN RECIBE	
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	Nº LOTE	UND			PARENTESCO	FIRMA
16	ALBA	YURY	BURBANO	PEREZ	CC	1059356518	2072172	3								Alba Yuri Burbano P		Usaria	Alba Yuri Burbano
17	HUJO DE BLANCA	SONIA	RUIZ	MUÑOZ	DS	SD	2072172	3								Yina Liseth Daza		hermana	Dora Yina Liseth
18	MONICA	ALEJANDRA	IMBACHI	ERAZO	CC	1002835386	2072172	3								Monica Alejandra Imbach		Usaria	Alejandra Erazo
19	ANDRES	FELIPE	SOLARTE	BOLAÑOS	RC	1059365668	2072172	2								Johana Andrea Solarte		Madre	Johana Andrea Solarte
20	DEIVY	ALEXANDRA	MUÑOZ	GOMEZ	CC	1059358958	2072172	3								Deivy Alexandra Munoz		Usaria	Deivy Alexandra M
21	ASHLY	CAMILA	CHAVARRIA	CORDOBA	RC	1059365286	2072172	2								Deivy Jonana Cordoba		Madre	Deivy cordoba
22	MAIA	SALOME	AROCA	CALVAHE	RC	1058554556	2072172	2								Elmer Leir Aroca		Papa	Elmer Leir Aroca
23	SARA	MELISA	CIFUENTES	RUIZ	RC	1059365203	2072172	2								Angela Karina Ruiz		Madre	Angela Ruiz
24	ERICK	SANTIAGO	LOPEZ	LOPEZ	RC	1059365292	2072172	2								Yeni Fer Lopez Lopez		Madre	Yeni Fer Lopez Lopez
25	SAID	EMANUEL	BOTINA	CHICAIZA	RC	1061833120	2072172	2								Lucy Esther Chicaiza		Madre	Lucy Chicaiza
26	ZOE	AILYN	DAZA	OLIVEIRO	RC	1059365739	2072172	2								Angela Oviedo PISO		Madre	Angela Oviedo PISO
27	ALANA	ANTONELLA	CARABALI	SANCHEZ	RC	1061834382	2072172	2								Alexandra Marcela Sanchez		Madre	Alexandra Sanchez
28	HEILIN	NIKOL	ANDRADE	SILVA	RC	1059365115	2072172	2								Nelsy Oviedo Silva		Madre	Oviedo Silva
29	MARIA	CELESTE	LOPEZ	REALPE	RC	1061833632	2072172	2								Angela Realpe		Madre	Angela Realpe
30	CLOE	CELESTE	GOMEZ	MURCIA	RC	1109577784	2072172	2								Saira Lucero Murcia		Madre	Lucero Murcia

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:

Yenica Lopez
25594037

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

F2-PS PP
Versión 4
1 de 2
17/09/2018
Clasificación de la Información
Clasificada

LUGAR REGIONAL: CAUCA

PUNTO DE ENTREGA PRIMARIO: ☐ UDS ☐

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA O UDS: 19010010047

MES DE COI: OCTUBRE

AÑO: 2024

CENTRO ZONAL: SUR

RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA O UDS: YINET SUSANA OSSA

SUPLENTE P: MIREYA GUZMAN SAMBONI

MUNICIPIO: MERCADERES

DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA O UDS: CALLE 4N 9A OS

BARRIO: MODELO

TÉLEFONO:

MODALIDAD: 1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

CODIGO PUNTO DE ENTREGA DE ORIGEN: 19010010047

INTO DE ENTREGA: MIL DIAS ESE SUROCCIDENTE POPAYÁN

Nº	DATOS BENEFICIARIO					FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más®			Bienestarín a* Líquida			Alimento M&G y ML			Otro AAVN			QUIEN RECIBE		
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TPO DOC		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA	PARENTESCO	FIRMA
1	BRAYDEN	ADRIAM	ANGULO	VIVEROS	R.C	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Angie Torres	madre	Angie Torres
2	IAN	STIVEN	BERMUDEZ	NUPAN	R.C	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Julith nora delgado	madre	Julith delgado
3	DULCE	MARIA	MUÑOZ	MENESES	R.C	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Diana P Meneses	Madre	Diana P Meneses
4	EILYN	SOFA	MITIZ	LOPEZ	RC	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Natalia Mitiz	madre	Natalia Mitiz
5	NAHYA		BOLAÑOS	GOMEZ	RC	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Fareat Sofia Gomez	madre	Karen sofia Gomez
6	ALIZ	NAHARA	MINA	MORQUERA	RC	20/10/2024	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	Karen Yarisal Mosquera	madre	Karen Yarisal M.T
7	DANNA	VALERIA	BOTINA	OJEDA	RC	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Els. Yareth Ojeda	madre	Karen Yarisal M.T
8	PAULA	ANDREA	HOYOS	OJEDA	RC	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Yareth Ojeda	madre	Yareth Ojeda C.
9	JOEL	ESTEBAN	SOLARTE	TORRES	RC	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Yareth Ojeda	madre	Yareth Ojeda C.
10	GERONIMO		MUÑOZ	CHAVES	RC	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Yareth Ojeda	madre	Yareth Ojeda C.
11	JO DE ALEJANDRA		FERNANDEZ	JARAMILLO	SD	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Yareth Ojeda	madre	Yareth Ojeda C.
12	ELIANA	MICHEL	ZUÑIGA	MUÑOZ	RC	20/10/2024	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	Yareth Ojeda	madre	Yareth Ojeda C.
13	HUO DE MAURA	ANDREA	ACOSTA	GAVIRIA	SD	20/10/2024	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	2072172	2	Yareth Ojeda	madre	Yareth Ojeda C.
14	ADRIANA	MILENA	GOMEZ	MOSQUERA	CC	20/10/2024	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	Yareth Ojeda	madre	Yareth Ojeda C.
15	MARIZOL		GOMEZ	LOPEZ	CC	20/10/2024	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	2072172	3	Yareth Ojeda	madre	Yareth Ojeda C.

Yasmin Lopez
2594037

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

F2 P5.ppt
Versión 4
2 de 2
17/09/2018
Clasificación de la información
Clasificada

Nº	DATOS BENEFICIARIO					Bienestarina Más®			Alimento			Otro AAVN		QUIEN RECIBE		
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA	PARENTESCO	FIRMA
16	DAURIA	LUCERO	BOLAÑOS	DÍAZ	CC	1107073148	20/10/2024	2072172	3					Dauria Lucero Bolaños	usuario	Daurio Bolaños
17	VICTORIA	ISABELLA	LASSO	MORENO	RC	1061022690	20/10/2024	2072172	2					Davinson Lasso	padre	Davinson Lasso
18	NAYLA	KATHERINE	LASSO	CAICEDO	CC	1061021040	20/10/2024	2072172	3					Paula Katherine Lasso	usuario	Paula Lasso
19	YULIETH	ESTEFANIA	ROSETO	PAIBA	TI	1059535286	20/10/2024	2072172	3					Chelvetu Estefanía Roseto	usuario	Estefanía Roseto
20	SAMARA		HIGIDIO	ALEMESA	RC	1107541052	20/10/2024	2072172	2					María Alemeza	madre	María Alemeza
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega o UDS:

Yasmín López
25594032

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



PROCESO
PREVENCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA AL SERVIDOR DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A ENTREGADORES

Por cada uno
de los
1.000.000
de
1.000.000
de
1.000.000

UBICACIÓN:	PAÍS DE ENTREGA: ☐ COLOMBIA ☐ OTRO: ☐	COORDINADAS DEL PUNTO DE ENTREGA: LATITUD: _____ LONGITUD: _____
REGIONAL:	CAJICÁ	COORDINADAS DEL PUNTO DE ENTREGA: LATITUD: _____ LONGITUD: _____
CENTRO COMUNITARIO:	CAJICÁ	COORDINADAS DEL PUNTO DE ENTREGA: LATITUD: _____ LONGITUD: _____
MUNICIPIO:	CAJICÁ	COORDINADAS DEL PUNTO DE ENTREGA: LATITUD: _____ LONGITUD: _____
LOCALIDAD:	1000 VÍA DEL VALLE CARRANZA DE MANCORA	COORDINADAS DEL PUNTO DE ENTREGA: LATITUD: _____ LONGITUD: _____

DATOS DE ENTREGA									
ORDEN	FECHA DE ENTREGA	ENTREGADOR	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN
1	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
2	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
3	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
4	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
5	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
6	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
7	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
8	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
9	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
10	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
11	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
12	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
13	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
14	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ
15	2014	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ	CAJICÁ

Forma del Representante y/o Suplente del punto de entrega a 1000
Código del Representante y/o Suplente del punto de entrega a 1000

LOS DATOS PROPORCIONADOS SON UN TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICOP Y A LA LEY 1581 DE 2012



FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

F2 P5 pp:
Versión 4
2 de 2
17/09/2018
información
Clasificada

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

ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

F2.P5.PP
Versión 4
1 de 1
17/09/2018
Clasificación de la información
Clasificada

Localidad: BOGOTÁ	¿PARTIÓ DE ENTREGA PRECOCIO? ☐	¿ES? ☐	¿CÓMO SE PUNTO DE ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL? ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL	¿MÁS DE UN PUNTO DE ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL? NO
¿CÓMO SE PUNTO DE ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL? ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL	¿CÓMO SE PUNTO DE ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL? ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL	¿CÓMO SE PUNTO DE ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL? ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL	¿CÓMO SE PUNTO DE ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL? ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL	¿CÓMO SE PUNTO DE ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL? ENTREGA AL ALTO VALOR NUTRICIONAL

DATOS PERSONALES									
Nº	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Identificación	Fecha de entrega	Valor nutricional	Valor nutricional	Valor nutricional	Valor nutricional
1	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
2	SABINA	19/07/1984	F	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
3	ALAN	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
4	MARIA	19/07/1984	F	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
5	LUIS	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
6	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
7	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
8	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
9	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
10	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
11	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
12	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
13	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
14	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-
15	JOSE	19/07/1984	M	1144111111	19/07/1984	2001111	2	-	-

Nombre del beneficiario y/o responsable del punto de entrega a 1000: **JOSE JOSE**
Código del beneficiario y/o responsable del punto de entrega a 1000: **JOSE JOSE**
Antes de imprimir este documento, por favor en el medio ambiente.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR FAMILIAR

<div>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN NIT : 900145787-8 NUMERO DE CONVENIO: 15004682024</div>		<div>Municipio: BALBOA Nombre de la AES: ESE SUR OCCIDENTE</div>		<div>Mes de entrega: OCTUBRE Año: 2024</div>	
Regional: CAUCA					
Centro Zonal: SUR		Codigo del punto de entrega:			
Dirección:		Modalidad: 1000Dias Para Cambiar El Mundo			
		Actividad: Entrega de kit alimentacion complementariade la Modalidad: Mili Dias Para Cambiar el Mundo			

Nº ORDEN	Dia del mes en que se entrega	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería	No. DOCUMENT O DE IDENTIDAD	TIPO DE USUARIO (niña-niño o mujer gestante)	CONFORMACION DEL KIT DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA						No DE TELEFONO	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
						PLATO	VASO	BABERO	RULETA DE MENU	SALUDABLE	CARTULA MI PLATO UN ARCOIRIS DIVERSIDO		
1	20	VALERY CELESTE ARMERO DAZA	RC	1050365811	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	1	1	1	1	1	1	108355235	Andrea K. Daza R.
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

FIRMA DE QUIEN ENTREGA: Yasmín López
NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN ENTREGA: Yasmín López B
CARGO O FUNCIÓN: Gestor Comunitario
NUMERO DE TELEFONO DE QUIEN ENTREGA: 3103576943
OBSERVACIONES:



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN
NIT - 90914517-3
NUMERO DE CONVENIO: 19004682024

Regional: CAUCA

Municipio: PATTA

Nombre de la AES:

Mes de entrega: Mes: OCTUBRE

Año: 2024

Centro Zonal: SUR

Código del punto de entrega:

Modalidad: 1000Dua Para Cambiar el Mundo

Dirección:

Actividad: Entrega de kit alimentación complementaria a la Modalidad: Mi Día Para Cambiar el Mundo

N° ORDEN	Día del mes en que se entrega	Tipo de documento de entrega 1. Tipo de documento de entrega 2. Tipo de documento de entrega 3. Tipo de documento de entrega 4. Tipo de documento de entrega 5. Tipo de documento de entrega	No. documento de entrega	Tipo de documento de entrega 1. Tipo de documento de entrega 2. Tipo de documento de entrega 3. Tipo de documento de entrega 4. Tipo de documento de entrega 5. Tipo de documento de entrega	CODIFICACION DEL KIT DE ALIMENTACION ELEMENTALES				NOMBRE Y APELLIDOS RESPONSABLE DEL ENTREGA	No. documento de entrega	No. de teléfono	Firma o sello de quien entrega la comida para el programa
					PLATO	VANO	BABERO	BUJETA DE MENU SALUDABLE				
1	15	ENTREGA DE COMIDA	1000000000	1000000000					Stania Helena S	1000000000	3108205887	Stania
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

FIRMA DE QUIEN ENTREGA: Gabriela Martinez
NOMBRE LEGAL DE QUIEN ENTREGA: Gabriela Martinez Mero
CARGO O FUNCION: Gestor comunitario
NUMERO DE TELEFONO DE QUIEN ENTREGA: 3133703301
OBSERVACIONES:

Verificar de imprimir este documento - priorizar en el medio ambiente

Este documento es propiedad de la Alcaldía de Patate y no debe ser utilizado para fines comerciales. Toda reproducción o uso no autorizado será sancionado.



Regional: CAUCA	Municipio: ARRIELA	Mes de entrega: OCTUBRE
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA GARRELL GARCÍA MARQUEZ		
Centro Zonal: SUR	Nombre del responsable de la UDB: YNETH SUSANA OSSA SOLARTE	
Código del punto de entrega:	CC: 34328248	
	Nombre del punto de entrega:	

Nº	CÓDIGO	Día del mes en que se entrega	NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE ENTREGA CC: Registro de CC: Tarjeta de CC: Tarjeta de CC: Cédula de CC: Cédula de	No. DOCUMENTO DE ENTREGA	TIPO DE USUARIO (para niño o mujer gestante)	ENTREGA DE RPPP (SI/NO)	ENTREGA DE ALIMENTO LÍQUIDO PARA EL COMPLEMENTO				NOMBRE Y APELLIDOS RESPONSABLE DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE ENTREGA CC: Tarjeta de CC: Cédula de CC: Cédula de	No. DOCUMENTO DE ENTREGA	Firma o huella de quien recibe la leche para preparar
								ENTREGA DE RPPP (SI/NO)	ENTREGA DE ALIMENTO LÍQUIDO PARA EL COMPLEMENTO (SI/NO)	ENTREGA DE ALIMENTO LÍQUIDO PARA EL COMPLEMENTO (SI/NO)	ENTREGA DE ALIMENTO LÍQUIDO PARA EL COMPLEMENTO (SI/NO)				
1	21		MERLY MONTERO MONTERO	CC	1058678539	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			Merly Montero	CC	1058678539	Merly Montero
2	21		AORIANA ARTUNDUAGA ASTUDILLO	CC	1115794474	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			Adriana Artunduaga	CC	1115794474	Adriana Artunduaga
3	21		JUSTINA FLORCELA DIAZ TORO	CC	1007282294	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			Justina Diaz +	CC	1007282294	Justina Diaz toro
4	21		JHOSELIN ELZA OFUENTES MONTELLA	RC	1081835058	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Luz Edilma M.	CC	31582936	Luz Edilma M
5	21		ELIZABETH PAREJA BOLAÑOS	RC	1058678954	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Melily Johana B	CC	1058666317	Melily Johana Bolaños
6	21		SHARA DENISE GUACA OTERO	RC	1029027196	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2		SI	Comercio Nueva	CC	48572430	Comercio Nueva
7	21		JOSHUA ALEXANDER OCAMPO CEBALLOS	RC	1058678487	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Solanyi Ceballos	CC	7082748673	Solanyi Ceballos
8	21		MIGUEL ANGEL CORDOBA BURBANO	RC	1058673990	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Nancy Burbano	CC	1.44.524.212	Nancy Burbano Cruz
9	21		YUDI KATERINE MUÑOZ ESPINOSA	CC	1058679050	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			Yudi K. Muñoz	CC	1058643956	Yudy
10	21		XOMARA CELESTE CADENA ORDÓÑEZ	RC	1058679954	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Andrea Ordóñez	CC	100843435	Andrea Ordóñez
11	21		JULIAN DAVID RODRIGUEZ ECHEVERRI	RC	1058677714	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Andrea Echeverri	CC	1001166375	Andrea Echeverri
12	21		EILEEN SOFIA HOYOS MARTINEZ	RC	1058623865	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Victoria Martinez	CC	31589834	Victoria Martinez
13	21		HILARY MARIA VIVAS ENRIQUEZ	CC	8138744	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			Dialid A.	CC	4597459	Dialid
14	21		VANEZA TATIANA DELGADO GUERRERO	CC	1002792637	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			VANEZA TATIANA	CC	1002792637	VANEZA TATIANA
15	21		MARLY ROCIO LAGO	CC	34574488	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			Marly Rocio L.	CC	34574489	Marly Rocio L.
16	21		ALYN LUCIANA MENESES CORDOBA	RC	1081831350	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Wilson Meneses	CC	103157570	Wilson Meneses
17	21		EMANUEL SANCHEZ CORDOBA	RC	1029027474	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Yuly Fernanda C.	CC	34574550	Yuly Fernanda C.
18	21		CARMEN ISABELA MOLINA MUÑOZ	RC	1058679093	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2077625	2			Maria Muñoz	CC	57708306	Maria Muñoz
19	21		MIREYA CARVAJAL CASTAÑO	CC	48575214	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			Mireya Carvajal	CC	4857524	Mireya Carvajal
20	21		MARIA NOHEMI OLIVEROS MARCONO	CC	1087115192	MUJER GESTANTE	SI	2077625	3			ARIS VERGARA C	CC	1.067.460.525	ARIS VERGARA C

Nombre completo del responsable de la entrega: Comila Hoyo Hoyo CC: 1061227436

Firma: [Firma]

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

Este documento fue generado por el sistema de gestión de la información de la institución educativa Garrell García Márquez del ICBF en el mes de octubre de 2016.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
ENTREGA DE RPPV, ALVINO Y ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO

F4 M07 PP
Versión 5
Página 2 de 2
06/12/2018
Cualquier de la información
Buenos días

Nº ORDEN	Nº del mes en que se entrega	NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD RC: Registro Civil TI: Título de Identidad SC: Cédula de Identificación CC: Cédula de Matrícula	Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE USUARIO (subscritor o beneficiario)	ENTREGA DE RPPV (Nº / MES)	ENTREGA DE ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO		ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO	NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI: Título de Identidad CC: Cédula de Identificación CC: Cédula de Matrícula	Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA O RUBRICA DEL USUARIO (NOMBRE LA RUTINA PARA PREPARAR)
							Nº LOTE	CANTIDAD UNIDADES					
21	21	PAULA VALENTINA GUZMAN DORADO	RC	1058679027	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Leidy Dorado C.	CC	1007472177	Leidy Dorado Caicedo
22	21	EMILY SALOME MUÑOZ CORCOBA	RC	1058678637	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Huise Cordoba	CC	1058675171	Huise Cordoba
23	21	JAN MARTIN RUZ HOYOS	RC	1058678118	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Lenny Hoyos	CC	1143830911	Lenny Diomar Hoyos
24	21	ALIZ CATALAYA MARIN CLAROS	RC	1117557114	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	monica clares	CC	1117965405	monica clares
25	21	YEDY LUCIANA ALVARES CLAROS	RC	1058678884	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Roberto Alvarez	CC	1058671569	Roberto Alvarez
26	21	DALIN SOFIA DORADO DAZA	RC	1058678582	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Salany Daza	CC	1007446966	Salany Daza
27	21	JULIAN SANTIAGO DAZA ARBOLEDA	RC	1058671404	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Yoslany Arboleda	CC	31535984	Yoslany Arboleda
28	21	PAULA ALEJANDRA GURRO GOMEZ	RC	1058678463	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Jenisele Gomez	CC	1058672181	Jenisele Gomez
29	21	LIAM YESID GONZALEZ PEREZ	RC	1058678225	NIÑA MENOR DE 6 MESES	SI	2072172	2	—	Yohana Perez	CC	1058672086	Yohana Perez R.
30	21	ANY TALIA NARVAEZ SANTACRUZ	CC	1007448019	MUJER GESTANTE	SI	2072172	2	—	Anjitalia Narvaez	CC	1007448019	Anjitalia Narvaez S.
31	21	ALISS MARTINA MUÑOZ ROBERO	RC	1112070483	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Anny Jimena	CC	151964634	Anny Jimena Rosero
32	21	YENI ROBERO MUÑOZ	CC	1002860738	MUJER GESTANTE	SI	2072172	2	—	Yeni Rosero M.	CC	1002860738	Yeni Rosero M.
33	21	JORDI ALEJANDRO CANTILLO ROBERO	RC	1058678231	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Daniela Rosero	CC	1052316717	Daniela Rosero
34	21	EILEN VICTORIA YELA CORCOBA	RC	1058678198	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Blanca Suleimy	CC	1157411412	Blanca Suleimy Cordoba
35	21	ADHARA KAMILA MUÑOZ SAMBONI	RC	1058678777	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Astid Samboni	CC	1058673310	Astid Samboni
36	21	JEMY TATIANA HENAO	CC	1115358686	MUJER GESTANTE	SI	2072172	2	—	Jemy Henao	CC	1115358686	Jemy Henao
37	21	YINA PAOLA ORTEGA GERRERO	CC	1061756283	MUJER GESTANTE	SI	2072172	2	—	Yina Paola Ortega	CC	1061756283	Yina Paola Ortega G.
38	21	HUO DE JENIFER ELIZABETH MELENJE BURGANO	SD	SD	NIÑA MENOR DE 6 MESES	SI	2072172	2	—	Yenifer Elizabeth	CC	1058669161	Yenifer Meleje
39	21	JHOSIN DANIEL RIVERA ORTIZ	RC	1058678698	NIÑA ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	—	Yamileth Ortiz	CC	1007466773	Yamileth Ortiz
40	21	YOLBI YULIANA RUZ MENESES	CC	1058666744	MUJER GESTANTE	SI	2072172	2	—	Yolbi Yuliana R.	CC	1058666744	Yolbi

Nombre completo del responsable de la entrega: Camila Hoyos Hoyos cc: 1061727436

Firma: [Firma]

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

Impreso en papel reciclado y con tinta ecológica. Este documento es una copia de seguridad y no debe ser utilizado para fines legales.



PROCESO
PREVENCIÓN Y PREVENCIÓN
ENTREGA DE NPP, ALIVIO Y ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO

F4.1007.10
Versión 3
Página 3 de 3
08/12/2018
Clasificación de la información
Reservada

N° ORDEN	CÓDIGO DE TIPO DE ENTREGA	NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NI: Pasaporte TI: Pasaporte de identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE USUARIO (adulto o menor)	ENTREGA DE NPP (SI/NO)	ENTREGA DE ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO				NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NI: Pasaporte TI: Pasaporte de identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA O SELLO DE VERIFICACIÓN DE LA ENTREGA PARA PREPARAR
							ALIVIO	ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO	ENTREGA DE NPP	ENTREGA DE ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO				
41	21	ALBENIS DANIELA CORDOBA CORDOBA	CC	105813547	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Albenis Daniela Cordoba	CC	105813547	Albenis Daniela Cordoba
42	21	HELEN LUCERO VEGA CAICEDO	TI	1058243588	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Bernadino Vega A.	CC	10662099	Bernadino Vega A.
43	21	ANGELA VALENTINA MACIAS VELASCO	RC	1058170005	Niña ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172				o/ga mari	CC	1002441700	o/ga mari
44	21	ZOE VALENTINA REYES VEGA	RC	1058178484	Niña ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172				Valentina Vega	CC	1002441700	Valentina Vega Hoyos
45	21	JUAN MANUEL VALENCIA GALINDEZ	RC	1058178227	Niña MENOR DE 6 MESES	SI	2072172				Yesica P Galindez	CC	0772541099	Yesica Galindez
46	21	IAN KALETH RIVERA SOLAROS	RC	1058178608	Niña ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172				Fabiola Solaros	CC	1058675530	Edith Fabiola Solaros Perez
47	21	DAYANA MICHEL ORTIZ ZUÑIGA	CC	1058896726	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Dayana Ortiz	CC	1058666720	Dayana Ortiz
48	21	LAUREN SOFIA MAMIAN MENESES	RC	1058178633	Niña ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172				Anayibe Meneses	CC	1058667221	Anayibe Meneses
49	21	HUGO DE CANDELARIA LOPEZ DIAZ	SD	SD	Niña MENOR DE 6 MESES	SI	2072172				Candelaria Lopez	TI	1131504686	Candelaria Lopez
50	21	MARTIN HOYOS HOYOS	RC	1058178667	Niña MENOR DE 6 MESES	SI	2072172				Yeimi Hoyos	CC	1058667474	Yeimi Hoyos
51	21	MAYELI RUIZ ADRADA	CC	1058362584	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Mayeli Ruiz A	CC	1058362584	Mayeli Ruiz ADRADA
52	21	SOLANY YUJET MENESES TRUJILLO	CC	1002791395	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Solany Meneses	CC	1002791395	Solany Meneses P
53	21	ERMA EMPERATRIZ MARTINEZ CARRILLO	CV	1257311	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Grina Martinez	CC	1257311	Erma Martinez.
54	21	HUGO DE YEIMI ALEJANDRA GALINDEZ HOYOS	SD	SD	Niña MENOR DE 6 MESES	SI	2072172				Yeison Trujillo	CC	1058667578	Yeimi Galindez
55	21	HELLY DAVIAN HERNANDEZ VALENCIA	RC	1115794474	Niña ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172				Nelly Valencia	CC	1.062300353	Nelly Valencia
56	21	ZARA NAIKAMY MIRANDA VALENCIA	RC	1058178621	Niña ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172				Dexly Valencia	CC	1062274090	Dexly Valencia
57	21	GISELL VALENCIANO	CC	1058178635	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Gissell Valencia	CC	1058669118	Gissell Valencia
58	21	JENNYFFER GIRON CAICEDO	CC	1058899118	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Jennyffer Giron C.	CC	1058667184	Jennyffer Giron C.
59	21	MATIAS ALEJANDRO MUÑOZ HOYOS	RC	25523437	Niña ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172				Jaidy Hoyos	CC	1002442273	Jaidy Xiomara Hoyos
60	21	STEFANIA TRUJILLO VERA	CC	1058671848	MUJER GESTANTE	SI	2072172				Stefania Trujillo	CC	1024466872	Stefania Trujillo Vera

Nombre completo del responsable de la entrega:

Camila Hoyos Hoyos

C.C. 1026122436

Firma:

[Firma]

(Antes de imprimir este documento... por favor en el medio ambiente)

Este documento es una copia impresa de un documento electrónico. No debe ser utilizado como evidencia legal. La información contenida en este documento es confidencial y no debe ser divulgada a terceros sin el consentimiento expreso del responsable de la información.

[illegible]

N° ORDEN	Día del mes en que se entrega	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD RC: Registro civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE USUARIO (niño-niña o mujer gestante)	ENTRE GA DE RPP (SI/ NO)	ENTREGA DE BIENESTAR N° LOTE CANTD	ENTREGA DE ALIMENTACIÓN N° LOTE CANTD	ENTREGA DE ALIMENTACIÓN PARA LA MUJER N° LOTE CANTD	ENTREGA DE ALIMENTACIÓN PARA EL CONSUMO N° SOBRES (N°)	NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
1	20	NURY VANESA GAVIRIA GONZALEZ	CC	1058355827	MUJER GESTANTE		2072172 3	-	-	-	Nury Vanesa Gaviria	CC	1058355827	Nury Gaviria
2	20	ADRIANA LUCIA LOPEZ PEREZ	CC	1002835711	MUJER GESTANTE		2072172 3	-	-	-	Adriana Lucia Lopez	CC	1002835711	Adriana Lopez
3	20	DEICY YORELY DIAZ GOMEZ	CC	1007838621	MUJER GESTANTE		2072172 3	-	-	-	Leidy Diaz	CC	1002836413	Leidy Diaz
4	20	LIZ ELENA HOYOS RAMIREZ	TI	1058380122	MUJER GESTANTE		2072172 3	-	-	-	Luz Elena Hoyos	TI	1058360121	Luz Elena Hoyos
5	20	YENSY ELOISA CAICEDO DUJONES	CC	1063818058	MUJER GESTANTE		2072172 3	-	-	-	Yensy Eloisa Caicedo	CC	1063818058	Yensy Eloisa Caicedo
6	20	ALBA YURY BURBANO PEREZ	CC	1058356518	MUJER GESTANTE		2072172 3	-	-	-	Alba Yury Burbano	CC	1058356518	Alba Yury Burbano
7	20	HIJO DE BLANCA SONIA RUIZ MUÑOZ	SD	SD	NIÑIA MENOR DE 6 MESES	*	2072172 3	-	-	-	Yina Lisseth Diaz	CC	1002836240	Dora Yina Lizeth
8	20	MONICA ALEJANDRA IMBACHI ERAZO	CC	1002835386	MUJER GESTANTE		2072172 3	-	-	-	Monica A. Imbachi	CC	1002835386	Alexandra Erazo
9	20	ANDRES FELIPE SOLATE BOLAÑOS	RC	1058356568	NIÑIA ENTRE 6 Y 59 MESES		2072172 2	-	-	-	Thora A. Soltate	CC	1058361950	Johana Solarte
10	20	DEIVY ALEXANDRA MUÑOZ GOMEZ	CC	1058358958	MUJER GESTANTE		2072172 3	-	-	-	Deivy A. Muñoz	CC	1058358958	Deivy Alexandra M.

Nombre completo del responsable de la entrega: Denis Yasmín Lopez cc: 25594037

Firma: Yasmín López



Regional: CAUCA	Municipio: MERCADERES	Mes de entrega: OCTUBRE
Centro Zonal: SUR	Dirección: SACUDETE	
Nombre del responsable de la UDS: YINETH SUSANA OSSA SOLARTE		
CC: 34326248		
Nombre del punto de entrega: SACUDETE		

Nº ORDEN	Día del mes en que se entrega	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO O DE IDENTIDAD RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CC: Cédula de ciudadanía	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE USUARIO (niño/a o mujer gestante)	ENTREGA A DE RPPF (SI / NO)	ENTREGA DE BIENESTARINA			ENTREGA ALIMENTO A DEL LISTO PARA EL CONSUMO O PARA LA PRESENTACIÓN			NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE DEL USUARIO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
							Nº LOTE	CANTIDAD UNIDADES	Nº LOTE	CANTIDAD UNIDADES	ENTREGA A DE RPPF (SI / NO)	ENTREGA A DE RPPF (SI / NO)			
1	20	BRAYDEN ADRIAN ANGULO VIVEROS	RC	1081022813	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Angie Torres	1061019599	- Angie Torres
2	20	IAN STIVEN BERNALDEZ NUPAN	RC	1061834066	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Julieh Noya D	1006843658	- Julieh delgado
3	20	DULCE MARIA MUÑOZ MENESES	RC	1081022845	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Diana Paola Meneses	1061020174	Diana P Meneses
4	20	ELYN SOFIA MITZ LOPEZ	RC	1081022802	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Daisy Natalia Hdz	1061021243	- Natalia Hdz
5	20	RAHYA BOLAÑOS GOMEZ	RC	1061022868	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Kent Sofi Gomez	1061016605	Karent Gomez
6	20	ALZ NAHARA MINA MOSQUERA	RC	1059919707	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	SI	2072172	3	-	-	-	-	Karent Yarisza Hdz	1117262640	Karent Yarisza Hdz
7	20	DANNA VALERIA BOTINA OJEDA	RC	1081022874	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Yaneth Ojeda C.	1061018948	Yaneth Ojeda C.
8	20	PAULA ANDREA HOYOS OJEDA	RC	1081022803	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Yineth Ojeda.	1002843177	Yineth C. Ojeda.
9	20	JOEL ESTEBAN SOLARTE TORRES	RC	1081022809	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Monica Cecilia Torres	1061017578	- Monica Torres.
10	20	GERONIMO MUÑOZ CHAVES	RC	1081022872	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Angela Lucio ch	1061018058	Angela Lucio ch.
11	20	HUO DE ALEJANDRA FERNANDEZ JARAMILLO	SD	SD	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	SI	2072172	3	-	-	-	-	Alejandro Fernandez	10617822586	Alejandro Fernandez
12	20	ELIANA MICHEL ZUÑIGA MUÑOZ	RC	1081022841	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Francy Lorena Muñoz	1058976508	Francy Lorena Muñoz
13	20	HUO DE MAURA ANDREA ACOSTA GAVIRIA	SD	SD	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	SI	2072172	3	-	-	-	-	Maura Andrea Acosta	1122540023	Maura Andrea Ac.
14	20	ADRIANA MILENA GOMEZ MOSQUERA	CC	1061018878	MUJER GESTANTE	SI	2072172	3	-	-	-	-	Adriana M. Gomez	1061016918	Adriana M Gomez
15	20	MARIZOL GOMEZ LOPEZ	CC	1061016766	MUJER GESTANTE	SI	2072172	3	-	-	-	-	Maribel Gomez	1061016766	Maribel Gomez
16	20	DAURIA LUCERO BOLAÑOS DIAZ	CC	1107073148	MUJER GESTANTE	SI	2072172	3	-	-	-	-	Dauria Lucero Bolanos	10707073148	Dauria Bolanos
17	20	VICTORIA ISABELLA LASSO MORENO	RC	1061022890	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Davinson Lasso	1061020515	Davinson Lasso
18	20	NAYLA KATHERINE LASSO CAJEDO	CC	1081021040	MUJER GESTANTE	SI	2072172	3	-	-	-	-	Payla Katherine Lasso	1061021040	- Noma Lasso
19	20	YULIETH ESTEFANIA ROSERO PAIBA	TI	1056535286	MUJER GESTANTE	SI	2072172	3	-	-	-	-	Yulith Estefania Rosero	1059555286	Yulith Estefania Rosero
20	20	SAMARA HIGDIO ALEMESA	RC	1107541052	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	SI	2072172	2	-	-	-	-	Natalia Alemesa	1112047342	- Natalia A.

Nombre completo del responsable de la entrega: Denis Yomaira Lopez c.c. 25594037

Firma: Yomaira Lopez

ENTREBODA DEL SERVO, ALIEN Y ACUMENTO LIETO PARA EL COMERCIO.

[illegible]

Región: CAUCA	Municipio: PATATE	Fecha de entrega: OCT/2008
	Descripción:	
Centro Zonas RUP		Nombre del responsable de la UDS: YARETH SUJANA ORDA SOLARTE
		CC: 94135844
Califica del punto de entrega		Inspección del punto de entrega

[illegible]

N° ORDEN											
Día del mes en que se entrega											
NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE		TIPO DE SOLICITANTE	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE ENTREGA
21	JUAN DAVID VARGAS FERRON, EVEL	CC	10/07/17	-	-	-	-	-	-	-	-
22	ROSALBA MONTAÑEZ	CC	20/07/17	-	-	-	-	-	-	-	-
23	JACQUELINE CASARSA VELASCO	CC	20/07/17	-	-	-	-	-	-	-	-
24	IVAN SANTOS GARCIA ENRIQUE	CC	20/07/17	-	-	-	-	-	-	-	-
25	OLGA LITTELLA BOCALAZA ESPINOZA	CC	20/07/17	-	-	-	-	-	-	-	-

Sección encargada del procesamiento de la entrega: Gabriela Montañez, Pina cc: 1008193050

Firma: Gabriela Montañez



Región CAUCA	Municipio BUCARÍ	Barrio de cultivo OCTUBRE
Campo Zoned RUIZ	Oversight:	
Código del punto de entrega		Sitios en seguimiento en la zona VINCHA CERRA BOLIVAR
		CC Mariela

[illegible]

	<div>ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</div>	<div> BIENESTAR FAMILIAR</div>
--	---	---

1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS					
Nombre del Beneficiario:	Aliz Cataleya Marin Claros		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro civil	Número de Documento:	1117557114	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	La Delgadita		Municipio Residencia:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	15/01/2021	Edad:	46 meses	Fecha de Ingreso:	01/08/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional ☒X___ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL				
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	25/07/2024	12	96	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	19/09/2024	12,6	96	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	21/10/2024	13	96	PESO ADECUADO PARA LA TALLA

ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 28
 SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 12
 OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☒, Cantidad sobres entregados
 NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados
 DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	Niña ingresó al programa con un diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, con desviación estándar (DE) de -1,89. En exploración física se observó como cabello quebradizo y opaco, lo cual refuerza la necesidad de intervención nutricional. Aunque la madre niega la presencia de patologías diagnosticadas por un médico, en los controles de salud se ha señalado repetidamente el bajo peso de la niña. Durante la anamnesis alimentaria, se identificó un alto consumo de carbohidratos simples, principalmente azúcar y dulces, pero bajo consumo de leche y derivados, debido a recursos económicos. Ante esta situación, se proporcionó educación nutricional a la madre para el mejor aprovechamiento de la leche en polvo entregada en la	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega de RFPP mensual. 2. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración. 3. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla. 4. Técnicas familiares para mejorar el consumo de los alimentos de la niña. 5. Orientar acerca de los hábitos saludables en el entorno familiar.

	<p align="center">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	---

	<p>RFPP, destacando su importancia como fuente de nutrientes esenciales como el calcio.</p> <p>En el seguimiento realizado en septiembre, hay ganancia de peso de 600 g, con DE -1,32; sin embargo, no se evidenció un aumento en la talla, lo cual sigue siendo una preocupación en su recuperación nutricional. La madre reportó que la niña toleró el ALC con 28 sobres entregados en agosto. A pesar de ello, también manifestó que la niña tiene poco apetito, lo que dificulta una ingesta adecuada de alimentos. Dada esta situación, se explicó a la madre que el ALC no debe ser utilizado como sustituto de ninguna comida principal, sino como un complemento a la alimentación. Se insistió en la importancia de promover una alimentación adecuada y completa, a pesar de la falta de apetito de la niña, ya que este es un factor clave para la recuperación de su estado nutricional.</p> <p>Finalmente, se reiteró la importancia de incluir todos los alimentos proporcionados en la RFPP, como arroz, avena, harina de maíz, harina de trigo, quinua, pasta, huevos y leguminosas, con el fin de cubrir los requerimientos nutricionales de la menor y facilitar su recuperación.</p>	<p>6. Educación para limitar el consumo de azúcares y dulces en la alimentación de la niña.</p>
--	---	---

	<p align="center">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	 <p align="center">BIENESTAR FAMILIAR</p>
--	---	---

SALUD	<p>Una niña de 3 años ingresa al programa "Mil Días para Cambiar el Mundo" debido a un riesgo de desnutrición. Durante la visita inicial de caracterización, se observó que la niña se encontraba estable y muy activa en las actividades realizadas con su familia. Se notó que los padres tienen una contextura delgada. La niña asiste regularmente a vacunación, control de crecimiento y desarrollo, y salud oral, aunque no está tomando suplementos. Ha recibido desparasitación en el centro de salud de Argelia.</p> <p>En la segunda visita de seguimiento, la madre informó que no tuvo inconvenientes al recibir el alimento listo para el consumo y que la niña no presentó síntomas; se encuentra bien de salud. Sin embargo, fue remitida a pediatría y está pendiente la asignación de una cita médica. La madre también mencionó que está a la espera de un control con el pediatra debido al bajo peso en relación con su talla.</p>	<p>Durante la permanencia del programa se abarcarán las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar en las enfermedades prevalentes en la primera infancia, Signos y síntomas de alarma en los niños menores de 5 años, hábitos de vida saludable, práctica adecuada de lavado de manos, - Practicar el lavado de manos adecuado con la niña, para que - Asistir a los seguimientos de salud con el especialista estipulado en el área de salud. - Identificar los signos y síntomas de alarma en los niños y niñas menores de 5 años - Asistir a los programas de promoción y prevención (salud oral, desparasitación, vacunación, control de crecimiento y desarrollo).
GESTION FAMILIAR	<p>Durante los seguimientos a la niña Aliz Cataleya se observa buena presentación personal e higiene lo que le permite gozar de una calidad de vida</p>	<p>Se continúa trabajando en su proyecto de vida encaminado al uso y manejo de prácticas de autocuidado</p>

	<p align="center">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	---

	<p>En cuanto a las relaciones familiares es de tipología nuclear los cuales le brindan a la niña entornos protectores garantes de sus derechos como son salud, alimentación, afecto y recreación, se observa en Aliz que hay un gozo y espontaneidad al momento de hablarle su rostro sonriente y expresivo ante lo que uno le dialoga, siendo receptiva a lo que se le expresa.</p> <p>Se evidencia que en el hogar le brindan afecto de manera constante ya que de alguna manera genera en la mayor aceptación, amor y vínculo positivo para su desarrollo. Se le orienta a la madre en continuar gestionando aquellas citas médicas que estén pendientes,</p> <p>Las condiciones habitacionales son adecuadas donde se observa en excelentes condiciones de higiene y aseo sin posibles factores de riesgo que coloquen en riesgo el bienestar y calidad de vida de la niña, cumpliendo así con lo requerido por ICBF. De igual manera se evidencia manejo adecuado de residuos biodegradables e implementación del reciclaje, lo cual contribuye al medio ambiente</p>	<p>Aprendizaje de límites y reglas</p> <p>Apoyo de familiares y cuidadores</p>
GESTOR COMUNITARIO		<ul style="list-style-type: none"> • Incluir frutas y verduras en la dieta • Limpieza del hogar

	<p align="center">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	---

	<p>Menor de 3 años que ingresa a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir los requisitos para tal efecto como lo es estar en riesgo de desnutrición aguda según criterio de la profesional en nutrición de la modalidad mil días para cambiar el mundo con un peso de 12 kilos con 96 centímetros, vive junto a su madre, hermana y padrastro en la vereda la delgadita del municipio de Argelia, lugar en donde cuentan con los servicios básicos para solventar sus necesidades diarias, la casa está hecha en ladrillo con los pisos de cemento, el techo es de sing, cuentan con 3 habitaciones, baño con pozo séptico entre otras percepciones que les permite sobrellevar un estilo de vida apropiado.</p> <p>Al núcleo familiar de la menor en mención se le hizo entrega de la ración familiar para preparar y alimento listo para el consumo en el mes de agosto con los cuales se pretendía una ganancia significativa de peso para el mes de septiembre donde se hizo la primer toma de peso y talla y la segunda entrega de alimentos desde su focalización, se logra evidenciar que la menor ha mejorado un poco su peso pero aún se encuentra en el marco de riesgo de desnutrición aguda con un peso y talla de 12.6 kilos con 96 centímetros por lo que se hizo necesario hacer entrega nuevamente de ALC para el periodo en mención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de compromisos • Asistir a controles y vacunas • Entornos protectores • Prácticas de cuidado y autocuidado • Uso y almacenamiento adecuado a los AAVN • Hervir el agua para consumo • Practicar adecuado lavado de manos
--	--	---

	<p align="center">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	---

	<p>Por otra parte es de anotar que al hogar en mención, se le está haciendo seguimiento al consumo del ALC semanal tanto telefónica como presencialmente, esto con el objeto de verificar su adecuado consumo donde se logra pernoctar que se los está consumiendo con total normalidad, no ha presentado ninguna anomalía que amerite ser puesta en conocimiento de la profesional en nutrición sumando a que se le está dando un almacenamiento y manipulación adecuado al igual que a la ración familiar para prepara con lo que se espera salir del rango de riesgo de desnutrición aguda a pasar a un peso adecuado para el mes de octubre del año en curso, dando así un parte de tranquilidad tanto para la familia de la menor citada como para el equipo de la modalidad mil días.</p>	
ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)		
ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga Bolaños	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena -mamian Majin	

	<p align="center">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	---

PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día _24_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso __X__ teniendo en cuenta lo siguiente: La usuaria tuvo una ganancia de peso de 400 g, permitiendo así un peso adecuado para la talla, acudiente refiere buena tolerancia al ALC enviados en los anteriores meses y mantiene una alimentación donde se incluyen los alimentos entregados en la RFPP, se recomienda seguir con las indicaciones dadas por el equipo interdisciplinario para mantener su estado nutricional.

Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

	<p>ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	 <p>BIENESTAR FAMILIAR</p>
--	--	--

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCION
NUTRICION		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		

	<p align="center">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	---

AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE						
Nombre del Beneficiario:	Anyi Talia Narvaez Santacruz			Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Cédula de ciudadanía			Número de Documento:	1007448019	
Dirección Beneficiario:	El Mango			Municipio:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	24/05/1995	Edad:	29 años	Fecha de Ingreso:	01/08/2024	

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición _____ (cual?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL						
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	25/07/2024	56	164	20,8	19	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
2	19/09/2024	59,2	164	22	29	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
3	21/10/2024	62	164	23,1	33	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	Se presenta el caso de una mujer gestante que ingresa al programa en la modalidad con 19 semanas de gestación y un diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional, cumpliendo con los criterios de inclusión del programa. Tras realizar el recordatorio de 24 horas y la anamnesis alimentaria, se identifica una anamnesis alimentaria con bajo consumo de frutas, verduras, leche y derivados. La paciente refiere que desde hace varios años no incluye estos grupos de alimentos en su dieta diaria, y su consumo es sólo esporádico. Este tipo de alimentación, pobre en nutrientes esenciales, representa un riesgo significativo durante el embarazo, ya que las frutas, verduras y productos lácteos son fuentes clave de vitaminas, minerales y fibra. La falta de estos alimentos puede conducir a deficiencias nutricionales que afectan tanto a la madre como al desarrollo del bebé.	<ol style="list-style-type: none">1. Entrega de RFPP2. Entrega de bienestarina e informar las diferentes preparaciones para aumentar su aprovechamiento.3. Alimentación saludable para mujer gestante.4. Hábitos de alimentación en el entorno familiar.5. Informar acerca de la importancia de la lactancia humana exclusiva y total hasta los dos años o más.6. Educar sobre la importancia del consumo diario de frutas y verduras.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>Además, la gestante informa haber experimentado náuseas constantes durante el primer mes de embarazo, aunque niega la presencia de hiperémesis y/o ascos. Este síntoma, aunque es común en el embarazo, puede haber limitado su ingesta alimentaria en las primeras semanas.</p> <p>En el seguimiento realizado en septiembre, la gestante ha ganado 3.200g en un lapso de 9 semanas, un incremento semanal estimado de 355g, aunque se encuentra dentro de los rangos esperados según la Resolución 2465 de 2016, la mujer sigue manteniendo el diagnóstico nutricional inicial.</p> <p>Durante este seguimiento, la paciente niega la presencia de signos o síntomas de alarma, reduciendo el riesgo de complicaciones. También, refiere que ha hecho un correcto aprovechamiento de los alimentos entregados en la ración correspondiente al mes de agosto, generando mayor compromiso con su alimentación y cumplimiento de las recomendaciones recibidas.</p> <p>A pesar de la mejora en la ganancia de peso, es fundamental enfatizar la importancia de una educación nutricional adecuada para garantizar que la gestante adquiera los conocimientos necesarios para mantener una alimentación saludable y equilibrada durante todo el embarazo.</p>	
--	--	--

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

<p>SALUD</p>	<p>Gestante de 29 años ingresa al programa "Mil Días para Cambiar el Mundo" con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional. Según su carnet de control prenatal, ha tenido una gestación previa que resultó en un parto vaginal de un bebé vivo. No presenta antecedentes personales o familiares relevantes. Hasta la fecha, ha realizado cinco controles prenatales, donde se ha registrado una presión arterial normal y sin alteraciones. Durante el primer trimestre, la gestante experimentó náuseas y vómitos constantes, pero actualmente no reporta signos de peligro en su embarazo. En la caracterización realizada, se observó que tiene pendiente asistir a salud oral, no reconoce las señales de peligro durante el embarazo y no ha definido un método de planificación familiar. Sin embargo, asiste regularmente a sus controles prenatales, exámenes médicos, ecografías y vacunaciones, y consume los micronutrientes sin inconvenientes. En su última visita de seguimiento en septiembre, mencionó no tener problemas de salud.</p>	<p>Orientar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - signos de peligro durante el embarazo, importancia de la lactancia materna, práctica adecuada de lavado de manos. - Asistir a salud oral. - Acordar método de planificación familiar con el médico tratante. - identificar los signos de peligro durante su embarazo. - Dar lactancia humana exclusiva en la primera hora de vida y lactancia humana exclusiva hasta los 6 meses. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso.
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Usuaría en Seguimiento de Octubre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimientos • Garantizar la salud y bienestar de la madre y el bebé



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



En visitas de seguimiento realizado a la usaria tanto telefónica como personalmente en lo corrido del mes de octubre, se logra evidenciar que la misma se encuentra en óptimas condiciones de salud, manifiesta estar en la ciudad de Popayán esperando tener a su bebé puesto que tiene fecha probable de parto para el 7 de noviembre, sumado a ello informó haber presentado síntomas signos normales en el embarazo.

Anyi, cuenta con una buena red de apoyo la cual le permite llevar un proceso de gestación sin ningún inconveniente, las condiciones habitacionales continúan siendo adecuadas donde le permite en ambiente familiar adecuado

periodo de gestación con 19 semanas hasta la fecha se encuentra al día con sus controles prenatales y demás atenciones médicas que requiere en cuanto a su estado de salud continúa con las recomendaciones médicas.

Anyi pertenece a una tipología familiar nuclear conformada por su esposo y su hija de 10 años de edad, en cuanto a su relación con el esposo es estable adecuada donde hay lazos de afecto, amor y responsabilidad juntos desean ver realizados los proyectos de vida de sus hijos.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Mujer con 19 semanas de gestación y 29 años de edad es ingresada a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir con los criterios de ingreso como lo es el bajo peso para su edad gestacional con 56 kilos y 164 centímetros de estatura, hace parte de una familia nuclear, vive junto a familia en la el barrio brisas del río del corregimiento del mango, Argelia - Cauca, su lugar de residencia es familiar y actualmente el lugar donde residen cuentan con los servicios básicos que les permiten solventar sus necesidades diarias y las de su la familia.</p> <p>El pasado 24 de agosto del año en curso se llevó a cabo la primera entrega de RFPP en el municipio de Argelia según cronograma de actividades en donde la usuaria se hizo partícipe pero por cuestiones administrativas internas de ICBF, para ese entonces no se realizaron toma de medidas antropométricas por lo que se aplazaron para el mes de septiembre, donde el día 19 se efectuó el segundo encuentro grupal y de se materializan las tomas de peso y talla en el cual se tuvo como resultado por parte de la usuaria un peso de 59.2 kilos y 164 centímetros con una</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hervir el agua para su consumo • Priorizar los AAVN para mujer gestante • Asistir cumplidamente a controles, vacunas y ecografías • Continuar entregando la RFPP cada mes. • Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad. • Realizar visitas domiciliarias • Asistir a los encuentros grupales • Práctica de hábitos saludables • Informar cualquier novedad respecto del embarazo

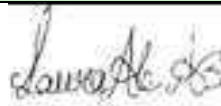
	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>ganancia de 3.2 kilogramos en su peso, por lo que a criterio nutricional, la referida sigue o continua con su estatus de bajo peso para la edad gestacional y se hace necesario la intervención de la profesional en nutrición en cuanto a establecer nuevas recomendaciones alimentarias para ser tenidas en cuenta y aplicadas en el transcurso del consumo de la ración entregada y para los próximos encuentro.</p> <p>Por otro lado, en cuanto al seguimiento al consumo de los alimentos que integran o hacen parte de la RFPP la usuaria manifiesta estarlos consumiendo con normalidad seguido a lo que refiere estarle dando un uso y almacenamiento adecuado a los mismos por lo que no se hace necesario poner en conocimiento a la profesional en nutrición del equipo.</p> <p>En ese mismo sentido, manifiesta haber asistido a todos los controles prenatales programados, estar al día en vacunación y ecografías, dando así un parte de tranquilidad tanto a su núcleo familiar como al equipo interdisciplinario de la modalidad mil días para cambiar el mundo.</p> <p>SEGUIMIENTO OCTUBRE:</p> <p>En visitas de seguimiento realizado a la usaría tanto telefónica como personalmente en lo corrido del mes de</p>	
--	--	--

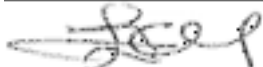
	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>octubre, se logra evidenciar que la misma se encuentra en óptimas condiciones de salud, manifiesta estar en la ciudad de popayán esperando tener a su bebé puesto que tiene fecha probable de parto para el 7 de noviembre, sumado a ello informó haber presentado síntomas signos normales en el embarazo, haber asistido a controles prenatales, vacunación, ecografías y demás modalidad, sumado a lo anterior, se evidencia estar dando un uso adecuado y racional a la cantidad de alimentos entregada en la RFPP, da a conocer que no ha presentado intolerancia ni ninguna otra anomalía respecto al consumo recomendaciones entregadas por el equipo mil días las cuales se debe dar cumplimiento durante su estadía en la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el consumo de los AAVN para la mujer gestante • Hervir el agua para su consumo • Asistir cumplidamente a controles prenatales, vacunas y ecografías • Continuar entregando la RFPP cada mes. • Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad. • Realizar visitas domiciliarias • Asistir a los encuentros grupales • Práctica de hábitos saludables • Informar cualquier novedad respecto del embarazo • Alimentación saludable • Implementación de frutas y verduras en la alimentación • lavado de manos • informar al equipo mil días una vez ocurra la novedad de nacimiento • Prácticas de cuidado y autocuidado
--	---	---

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga Bolaños	

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

El día _25_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso _____ teniendo en cuenta lo siguiente:



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Replantear las acciones _X_ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>En el seguimiento realizado en octubre, se reportó una ganancia de peso de 2,800 g en un periodo de aproximadamente 4 semanas, lo que representa un aumento promedio de 700 g por semana, este incremento se encuentra por encima de lo esperado según los rangos establecidos en la Resolución 2465 de 2016, sin embargo, la usuaria mantiene su diagnóstico nutricional inicial y hasta el momento, niega presentar síntomas gastrointestinales o complicaciones de salud asociadas a su bajo peso.</p> <p>Con el objetivo de mejorar su estado de salud, se le proporcionaron recomendaciones nutricionales enfocadas en aumentar el consumo de alimentos ricos en carbohidratos complejos, como avena, quinoa, arroz, harina y pasta, estos alimentos son fuentes esenciales de energía, ayudando a cubrir sus necesidades diarias y a mejorar progresivamente su estado nutricional.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Entrega de RFPP2. Entrega de bienestarina e informar las diferentes preparaciones para aumentar su aprovechamiento.3. Alimentación saludable para mujer gestante.4. Hábitos de alimentación en el entorno familiar.5. Informar acerca de la importancia de la lactancia humana exclusiva y total hasta los dos años o más.

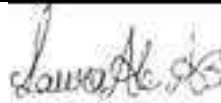
	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

SALUD	<p>en el seguimiento de salud se encuentra a la gestante en buenas condiciones salud, refiere no haber presentado sintomatologías o signos de peligro, en los exámenes médicos según criterio de la nutricionista refiere que la gestante presenta anemia, cabe aclarar que los exámenes aún no han sido leídos por el médico, la gestante asiste oportunamente a control prenatal y exámenes médicos, pendiente asistir a ecografía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir las recomendaciones brindadas por la nutricionista. - Asistir al centro de salud para la revisión del resultado del examen medico. - Orientar sobre estimulación prenatal
GESTION FAMILIAR	<p>Mujer gestante, que durante los respectivos seguimientos se observa tranquila, orientada y sin dificultades a nivel familiar lo que le ha permitido llevar su embarazo sin complicaciones, las condiciones habitaciones son adecuadas para la estadía de la Anyi Talia, donde se observa un ambiente seguro para la convivencia familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se continuará con los respectivos seguimientos - Continuar con los controles y hacer entrega de la documentación actualizada (controles, prenatales)
GESTOR COMUNITARIO		
ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Xlmena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE						
Nombre del Beneficiario:	Diana Carolina Gomez Gaviria			Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Tarjeta de identidad			Número de Documento:	1058670791	
Dirección Beneficiario:	Plateado			Municipio:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	3/10/2008	Edad:	15 años	Fecha de Ingreso:	01/08/2024	

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL						
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	31/07/2024	37	145	17,6	11	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
2	19/09/2024	39	145	18,5	23	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Mujer gestante ingresa al programa con un diagnóstico nutricional de bajo peso para la edad gestacional en la semana 11; durante la anamnesis alimentaria, se identifica un bajo consumo de carbohidratos complejos y proteínas, nutrientes esenciales para cubrir la demanda energética y nutricionales del embarazo, del mismo modo, se evidencia que con su alimentación familiar no se satisface los requerimientos nutricionales incrementados durante este periodo; por otra parte, refiere haber presentado náuseas durante los primeros dos meses de gestación, pero actualmente niega la presencia de otros síntomas gastrointestinales. La usuaria niega la existencia de patologías de base que puedan estar influyendo en esta situación.</p> <p>En el seguimiento nutricional realizado en septiembre, hay una ganancia de peso de 2000 g en un periodo de</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega de RFPP 2. Seguimiento del aprovechamiento de los alimentos entregados en la ración mensual. 3. Educar sobre la importancia de establecer hábitos saludables en el entorno familiar. 4. Informar sobre la lactancia humana exclusiva y total. 5. Educar para mantener una alimentación saludable en el periodo de gestación.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>aproximadamente 8 semanas, lo que equivale a un aumento promedio de 250 g por semana. Esta ganancia de peso está por debajo de los gramos/semana recomendados para su IMC, según la Resolución 2465 de 2016, que establece un rango adecuado de entre 400-600 g por semana.</p> <p>Dada esta condición, es fundamental enfatizar la importancia de aumentar el consumo de carbohidratos complejos, proteínas y grasas insaturadas, que son esenciales tanto para el desarrollo adecuado del feto como para el bienestar materno. Los carbohidratos complejos, como los que se encuentran en el arroz, avena, quinua, pasta y leguminosas, proporcionan energía constantemente y ayudan a prevenir deficiencias nutricionales. Las proteínas son cruciales para el crecimiento y reparación de tejidos, mientras que las grasas insaturadas, presentes en alimentos como el aguacate, frutos secos y aceites vegetales, contribuyen al desarrollo neurológico del feto.</p>	
SALUD	<p>Gestante de 15 años de edad ingresa al programa "Mil Días para Cambiar el Mundo" con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional. Según su carnet de control prenatal, no ha tenido una gestación previa. No presenta antecedentes personales o familiares relevantes. Hasta la fecha, ha realizado dos controles prenatales, donde se ha registrado</p>	<p>Orientar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - signos de peligro durante el embarazo, importancia de la lactancia materna, práctica adecuada de lavado de manos. - Acordar método de planificación familiar con el médico tratante. - identificar los signos de peligro durante su embarazo.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>una presión arterial normal y sin alteraciones. Durante los primeros dos meses la gestante experimentó náuseas y vómitos , pero actualmente no reporta signos de peligro en su embarazo. En la caracterización realizada, se observó que la gestante no reconoce las señales de peligro durante el embarazo. Sin embargo, asiste regularmente a sus controles prenatales, exámenes médicos, y vacunaciones está pendiente por falta de semanas estipulada para aplicar las vacunas, y consume los micronutrientes sin inconvenientes. En su última visita de seguimiento en septiembre, mencionó no tener problemas de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar lactancia humana exclusiva en la primera hora de vida y lactancia humana exclusiva hasta los 6 meses. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso. - Realizar estimulaciones de psicoprofilaxis de acuerdo a sus condiciones físicas .
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Usuaría en periodo de gestación con 11 semanas hasta la fecha se encuentra al día con sus controles prenatales y demás atenciones médicas que requiere en cuanto a su estado de salud continúa con las recomendaciones médicas.</p> <p>Diana de 15 años de edad pertenece a una tipología familiar extensa conformada por su compañero sentimental y familiares, donde le garantizan los cuidados que Diana requiere, en cuanto a su relación con su compañero es estable adecuada donde hay lazos de afecto, amor y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimientos • Prepararse para la maternidad y el cuidado del bebé • Garantizar la salud y bienestar de la madre y el bebé • Proyecto de vida establecer metas personales y profesionales <p>Se continuará con los mismos compromisos</p>



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



responsabilidad juntos desean ver realizados sus proyectos de vida

Las condiciones habitaciones son adecuadas cuenta con excelente higiene y aseo lo que le permite a Diana gozar de una calidad de vida

Situación Socioeconómica: Diana deriva sus ingresos de la actividad económica de su esposo lo que le permite tener una calidad de vida y satisfacción de las necesidades básicas.

Seguimiento de octubre:

Durante el seguimiento se observa a la usuaria en buenas condiciones de salud teniendo en cuenta su estado gestacional continua con una buena red de apoyo el cual está muy pendiente de la usuaria donde le garanticen entornos protectores garantes de sus derechos

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Menor con 11 semanas de gestación y 15 años de edad es ingresada a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir con los criterios de ingreso para tal efecto como lo es el bajo peso para su edad gestacional con 37 kilos y 145 centímetros de estatura, hace parte de una familia nuclear, vive junto a su compañero y familiares en el corregimiento del Plateado, Argelia - Cauca, su lugar de residencia es familiar, cuenta con 3 habitaciones, las paredes están fabricadas en materiales duraderos como cemento y ladrillo al igual que el piso, cuentan con acueducto y alcantarillado, energía eléctrica y otros servicios que les permiten sobrellevar sus necesidades básicas diarias tanto para la usuaria como para su familia.</p> <p>De otro lado y siguiendo los lineamientos dispuesto en el cronograma de actividades mensuales, el pasado 24 de agosto del año en curso se llevó a cabo la primera entrega de RFPP en el municipio de Argelia, más específicamente en el corregimiento del plateado, escenario donde la usuaria se hizo partícipe pero por cuestiones administrativas internas de ICBF, para ese entonces no se realizaron toma de medidas antropométricas a ningún usuario en los 5 municipios en los cuales tiene jurisdicción la modalidad mil días para cambiar el mundo, por lo que se aplazaron para el mes de septiembre, espacio habilitado para el día 20 de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el consumo de los AAVN para la mujer gestante • Hervir el agua para su consumo • Asistir cumplidamente a controles, vacunas y ecografías • Continuar entregando la RFPP cada mes. • Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad. • Realizar visitas domiciliarias • Asistir a los encuentros grupales • Práctica de hábitos saludables • Informar cualquier novedad respecto del embarazo • Prácticas de cuidado y autocuidado • Alimentación saludable • Implementación de frutas y verduras en la alimentación
----------------------------------	---	--



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



citado mes cuando se efectuaron los seguimientos referidos durante el desarrollo del segundo encuentro grupal, donde una vez hecha la toma de peso y talla a la usuaria, se obtuvo como resultado un peso de 39 kilos y 145 centímetros de altura, pernoctando una ganancia de solo 2 kilogramos durante su estadía en la modalidad, por lo que a criterio nutricional, la referida sigue o continua con su estatus de bajo peso para la edad gestacional y se hace necesario la intervención de la profesional en nutrición en cuanto a establecer nuevas recomendaciones alimentarias para ser tenidas en cuenta y aplicadas en el transcurso de la ejecución de la modalidad y el consumo de la ración entregada y para los próximos encuentro.

más tarde, respecto del seguimiento al consumo de los alimentos que integran o hacen parte de la RFPP, la usuaria manifiesta estarlos consumiendo con normalidad, estar implementando las recomendaciones entregadas por la nutricionista de la modalidad, seguido a lo que refiere estarle dando un uso y almacenamiento adecuado a los AAVN por lo que no se hace necesario poner en conocimiento a la profesional en nutrición del del equipo.

Seguido de lo anterior, la usuaria alude haber asistido cumplidamente a todos los controles prenatales, vacunas y ecografías programados, haber presentado signos y

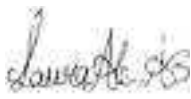


ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



síntomas normales en el embarazo, dando así un parte de tranquilidad tanto para el equipo interdisciplinario de la modalidad mil días como para su compañero y familia.

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

El día _25_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso __X__ teniendo en cuenta lo siguiente: se da egreso con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional por concurrencia con otro programa de ICBF.

Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE						
Nombre del Beneficiario:	Gisell Valenciano			Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Cédula de ciudadanía			Número de Documento:	1058669118	
Dirección Beneficiario:	Plateado			Municipio:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	8/07/2005	Edad:	19 años	Fecha de Ingreso:	01/09/2024	

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL						
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	26/07/2024	51	166	18,5	16	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
2	19/09/2024	52	166	18,9	23	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
3	22/10/2024	52,5	166	19,1	28,1	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
<p>NUTRICIÓN</p>	<p>Mujer gestante ingresa al programa con un diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional en la semana 16. Durante la evaluación inicial, por medio del recordatorio de 24 horas y la frecuencia de consumo de alimentos, se identificó un bajo consumo de carbohidratos complejos, frutas y verduras, lo que limita el aporte adecuado de energía y nutrientes esenciales en esta etapa crucial del embarazo.</p> <p>Es importante resaltar que, durante el primer trimestre, la gestante presentó episodios frecuentes de hiperémesis, acompañados de náuseas y ascos. Estos síntomas gastrointestinales pudieron limitar su capacidad para alimentarse adecuadamente generando que su ganancia de peso estuviera por debajo de lo esperado desde el inicio de</p>	<ol style="list-style-type: none"> Entrega de RFPP Entrega de bienestarina y explicación para sus diferentes preparaciones. Indagar sobre el consumo de los alimentos entregados en la RFPP, principalmente acerca del aprovechamiento de los carbohidratos complejos. Hábitos de alimentación saludable en el entorno familiar. Educación de la importancia de la lactancia humana exclusiva y total hasta los 2 años o más.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



la gestación. En la actualidad ya no presenta estos síntomas.

En el seguimiento nutricional realizado en septiembre, la gestante tuvo un aumento de solo 1.000 g en aproximadamente 9 semanas, lo que representa una ganancia promedio de 111 g por semana, este valor se encuentra por debajo del rango recomendado para IMC según los criterios establecidos en la Resolución 2465 de 2016, por otra parte, la paciente niega padecer patologías de base que pudieran estar interfiriendo en su capacidad para ganar peso.

Se enfatizó en la importancia de mejorar la calidad y cantidad de los alimentos consumidos para asegurar una nutrición adecuada tanto para la madre como para el feto. Se recomienda un incremento en el consumo de carbohidratos complejos, que son una fuente fundamental de energía sostenida y de fácil digestión, especialmente en el contexto del embarazo. Entre los alimentos clave a incluir se encuentran la avena, el arroz, la quinua, la harina de trigo y de maíz, todos entregados en la ración mensual que recibe la gestante. Asimismo, se sugiere que la mujer distribuya su alimentación en seis tiempos de comida a lo largo del día.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

<p>SALUD</p>	<p>Gestante de 19 años de edad ingresa al programa "Mil Días para Cambiar el Mundo" con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional. Según su carnet de control prenatal, no ha tenido una gestación previa. No presenta antecedentes personales o familiares relevantes. Hasta la fecha, ha realizado tres controles prenatales, donde se ha registrado una presión arterial normal y sin alteraciones. Durante el primer trimestre, la gestante experimentó náuseas y vómitos, pero actualmente no reporta signos de peligro en su embarazo. En la caracterización realizada, se observó que no tiene suficiente conocimiento en los signos de peligro que se pueden presentar en el embarazo. Sin embargo, asiste regularmente a sus controles prenatales, exámenes médicos, ecografías, salud oral y vacunaciones, y consume los micronutrientes sin inconvenientes, En su última visita de seguimiento en septiembre, mencionó no tener problemas de salud.</p>	<p>orientar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - signos de peligro durante el embarazo, importancia de la lactancia materna, práctica adecuada de lavado de manos. - identificar los signos de peligro durante su embarazo. - Dar lactancia humana exclusiva en la primera hora de vida y lactancia humana exclusiva hasta los 6 meses. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso.
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Usuaría en periodo de gestación con 16 semanas hasta la fecha se encuentra al día con sus controles prenatales y demás atenciones médicas que requiere en cuanto a su estado de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimientos • Prepararse para la maternidad y el cuidado del bebé • Garantizar la salud y bienestar de la madre y el bebé • Proyecto de vida establecer metas personales y profesionales



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Al momento de la caracterización se evidencia que Gisell pertenece a una tipología familiar extensa conformada por su compañero sentimental y familiares, donde le garantizan los cuidados que Gisell requiere, en cuanto a su relación con su compañero es estable adecuada donde hay lazos de afecto, amor y responsabilidad juntos desean ver realizados sus proyectos de vida

Las condiciones habitacionales son adecuadas cuenta con excelente higiene y aseo lo que le permite a Diana gozar de una calidad de vida

Situación Socioeconómica: Gisell deriva sus ingresos de la actividad económica de su compañero sentimental y de su papá lo que le permite tener una calidad de vida y satisfacción de las necesidades básicas.

Seguimiento Octubre

Durante el seguimiento se logra observar que la usuaria Gisell continua estable y no ha presentado complicaciones a nivel de salud, actualmente se encuentra al día con los controles prenatales y demás atenciones que se requiere por su periodo gestacional.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>Gisell continua con una buena red de apoyo el cual está muy pendiente de la usuaria donde le brinda apoyo y protección</p>	
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Mujer con 16 semanas de gestación y 19 años de edad es ingresada a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir con los criterios de ingreso como lo es el bajo peso para su edad gestacional con 51 kilos y 166 centímetros de estatura, hace parte de una familia nuclear, vive junto a su compañero y familiares en el corregimiento del Plateado, Argelia - Cauca, su lugar de residencia es familiar, cuenta con 2 habitaciones, las paredes están fabricadas en materiales fuertes como cemento y ladrillo al igual que el piso, cuentan con acueducto y alcantarillado, energía eléctrica y otros servicios que les permiten sobrellevar sus necesidades básicas diarias tanto para la usuaria como para su familia.</p> <p>El pasado 24 de agosto del año en curso se llevó a cabo la primera entrega de RFPP en el municipio de Argelia, más específicamente en el corregimiento del plateado, esto en base y razón al cronograma de actividades en donde la usuaria se hizo partícipe pero por cuestiones administrativas internas de ICBF, para ese entonces no se realizaron toma de medidas antropométricas por lo que se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el consumo de los AAVN para la mujer gestante • Hervir el agua para su consumo • Asistir cumplidamente a controles, vacunas y ecografías • Continuar entregando la RFPP cada mes. • Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad. • Realizar visitas domiciliarias • Asistir a los encuentros grupales • Práctica de hábitos saludables • Informar cualquier novedad respecto del embarazo • Prácticas de cuidado y autocuidado • Alimentación saludable



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



aplazaron para el mes de septiembre, donde el día 20 de citado mes se efectuaron los seguimientos referidos durante el desarrollo del segundo encuentro grupal, donde una vez hecha la toma de peso y talla a la usuaria, obtuvo como resultado un peso de 52 kilos y 166 centímetros de altura, pernctando una ganancia de solo 1 kilogramo durante su estadía en la modalidad, por lo que a criterio nutricional, la referida sigue o continua con su estatus de bajo peso para la edad gestacional y se hace necesario la intervención de la profesional en nutrición en cuanto a establecer nuevas recomendaciones alimentarias para ser tenidas en cuenta y aplicadas en el transcurso del consumo de la ración entregada y para los próximos encuentro.

Por otro lado, respecto del seguimiento al consumo de los alimentos que integran o hacen parte de la RFPP, la usuaria manifiesta estarlos consumiendo con normalidad seguido a lo que refiere estarle dando un uso y almacenamiento adecuado a los mismos por lo que no se hace necesario poner en conocimiento a la profesional en nutrición del equipo.

En el mismo sentido, la beneficiaria manifiesta haber asistido cumplidamente a todos los controles prenatales, vacunas y ecografías programados, haber presentado signos y síntomas normales en el embarazo, dando así un



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



parte de tranquilidad tanto para el equipo interdisciplinario de la modalidad mil días como para su compañero y familia.

SEGUIMIENTO:

En visitas de seguimiento realizado a la usaria tanto telefónica como personalmente en lo corrido del mes de octubre, se logra evidenciar que la misma se encuentra en óptimas condiciones de salud, manifiesta haber presentado síntomas signos normales en el embarazo, haber asistido a controles prenatales, vacunación, ecografías y demás recomendaciones entregadas por el equipo mil días las cuales se debe dar cumplimiento durante su estadía en la modalidad, sumado a lo anterior, se evidencia estar dando un uso adecuado y racional a la cantidad de alimentos entregada en la RFPP, da a conocer que no ha presentado intolerancia ni ninguna otra anomalía respecto al consumo de los alimentos entregados que amerite ser puesta en conocimiento del equipo mil días.

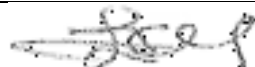
- Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad.
- Realizar visitas domiciliarias
- Asistir a los encuentros grupales
- Práctica de hábitos saludables
- Informar cualquier novedad respecto del embarazo
- Prácticas de cuidado y autocuidado
- Alimentación saludable
- poner en conocimiento al equipo mil días una vez ocurra la novedad de nacimiento.
- lavado de manos.

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

El día _25_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso ____ teniendo en cuenta lo siguiente:



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Replantear las acciones __X__ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCION
NUTRICIÓN	<p>En el seguimiento realizado en octubre, tuvo una ganancia de peso de 500 g en un periodo aproximado de 5 semanas, lo que representa un aumento promedio de 100 g por semana, este incremento se encuentra por debajo del peso esperado según los parámetros establecidos en la Resolución 2465 de 2016, la usuaria mantiene su diagnóstico nutricional inicial y hasta el momento, refiere la presencia de náuseas en horas de la mañana; para aliviar este síntoma, se le brindaron recomendaciones específicas, como evitar alimentos irritantes, realizar comidas pequeñas, frecuentes y mantener una buena hidratación, especialmente en las horas de la mañana. Además, se proporcionaron recomendaciones nutricionales para mejorar su estado de salud general, incluyendo el aumento de alimentos energéticos como avena, quinoa, arroz, harina y pasta, que son esenciales para cubrir sus necesidades energéticas diarias.</p> <p>Asimismo, se aconseja aumentar el consumo de proteínas y grasas saludables, presentes en alimentos como</p>	<ol style="list-style-type: none"> Entrega de RFPP Entrega de bienestarina y explicación para sus diferentes preparaciones. Indagar sobre el consumo de los alimentos entregados en la RFPP, principalmente acerca del aprovechamiento de los carbohidratos complejos. Hábitos de alimentación saludable en el entorno familiar. Educación de la importancia de la lactancia humana exclusiva y total hasta los 2 años o más.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>leguminosas, carnes y aceites vegetales. Estas recomendaciones buscan no solo ayudar en el aumento de peso adecuado, sino también optimizar la calidad de los nutrientes que recibe para contribuir a su bienestar del binomio.</p>	
SALUD	<p>En el seguimiento se evidencia que la gestante se encuentra en buen estado de salud, no ha presentado signos de peligro durante su embarazo. Está asistiendo oportunamente a control prenatal, exámenes médicos, consume los micronutrientes, cuenta con el esquema de vacunación completo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre estimulación prenatal. - Dar lactancia humana exclusiva en la primera hora de vida y lactancia humana exclusiva hasta los 6 meses. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso.
GESTION FAMILIAR	<p>Durante el seguimiento se logra observar que la usuaria Gisell continua estable y no ha presentado complicaciones a nivel de salud, actualmente se encuentra al día con los controles prenatales y demás atenciones que se requiere por su periodo gestacional.</p> <p>Gisell continua con una buena red de apoyo el cual está muy pendiente de la usuaria donde le brinda apoyo y protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimientos • Prepararse para la maternidad y el cuidado del bebé



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga Bolaños	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE						
Nombre del Beneficiario:	Helen Lucero Vega Caicedo			Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Tarjeta de Identidad			Número de Documento:	1059243589	
Dirección Beneficiario:	Corregimiento del Diviso			Municipio:	Argelia Cauca	
Fecha de Nacimiento:	25/08/2010	Edad:	14 años	Fecha de Ingreso:	01/08/2024	

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional ____ y/u otra condición __X__ (cuál?) ____ Por ser mujer gestante de 14 años ____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL						
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	26/07/2024	69,5	161	26,8	23	SOBREPESO
2	19/09/2024	71,2	161	27,5	34	ADECUADO

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Se presenta el caso de una mujer gestante menor de edad que ingresa al programa, en el momento de diligenciar el formato de intervención individualizada de nutrición, durante la anamnesis alimentaria, se observa un consumo frecuente de grasas saturadas y dulces, casi a diario, lo que indica una tendencia hacia una dieta alta en alimentos ultraprocesados y poco saludables. Además, se identifica un bajo consumo de proteínas, que puede estar relacionado a la falta de conocimiento sobre la importancia durante la gestación para el desarrollo del feto y la salud de la madre. La usuaria niega síntomas gastrointestinales comunes en la gestación, tales como náuseas, vómitos, ascos o inapetencia, lo que facilita una mayor adherencia a las recomendaciones nutricionales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega de RFPP y preguntar sobre su aprovechamiento. 2. Seguimiento mensual de peso, talla y perímetro braquial. 3. Indagación de síntomas gastrointestinales. 4. Educación de alimentación saludable para mujer en periodo de gestación. 5. Importancia de lactancia humana exclusiva y total hasta los 2 años o más.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>En el seguimiento realizado durante el mes de septiembre, se reporta una ganancia de peso de 1,7 kg aproximadamente en 8 semanas, consiguiendo IMC adecuado para la edad gestacional, según resolución 2465 de 2016. Este progreso se puede asociar a la disminución en el consumo de grasas saturadas.</p> <p>A pesar de la mejoría en su estado nutricional, es fundamental continuar con una alimentación equilibrada y variada que incluya todos los grupos de alimentos. En especial, se debe poner énfasis en el consumo adecuado de proteínas, frutas, verduras y carbohidratos complejos, garantizando una ingesta suficiente de micronutrientes esenciales como hierro, calcio y ácido fólico, los cuales son cruciales para el desarrollo saludable del bebé y para la salud de la madre durante el embarazo.</p>	
<p>SALUD</p>	<p>Se presenta una gestante de 14 años, quien ingresa a la modalidad de mil días con un diagnóstico nutricional de sobrepeso. Según su control prenatal, se trata de su primer embarazo; aunque utilizaba métodos anticonceptivos, este embarazo no fue planeado. No presenta antecedentes familiares ni personales relevantes. Durante el inicio de la gestación, la paciente reportó náuseas y vómitos en el primer trimestre, pero hasta la fecha no ha mostrado signos de peligro. Actualmente, está asistiendo de manera</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre signos de peligro en el embarazo, importancia de la lactancia humana, estimulación sensorial, lavado de manos. - Asistir oportunamente a exámenes médicos, control prenatal y ecografías. - Brindar lactancia humana en la primera hora de nacimiento del bebé. - Iniciar estimulación de los pezones antes de tener el bebé - practicar un adecuado lavado de manos.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>oportuna a sus controles prenatales, vacunaciones, exámenes médicos y ecografías, y se encuentra tomando los micronutrientes recomendados.</p>	<p>- Informar sobre cualquier problema de salud que pueda presentar, así como también, si presenta algún problema para la asignación de citas médicas o autorizaciones para apoyar en el proceso.</p>
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Gestante de 14 años de edad, actualmente se encuentra cursando el grado octavo (8), cuenta con 5 semanas de gestación, no ha presentado complicaciones a nivel de salud hasta la fecha cuenta con todas los controles prenatales.</p> <p>Dinámica Familiar: Helen Lucero Vargas vive con sus progenitores la señora Diana Meneses y su padre el señor Bernardino Vega donde se evidencia una relación estable de respeto con buena comunicación y apoyo para Helen quienes aportan económicamente para la satisfacción de sus necesidades básicas.</p> <p>Helen, se observa con buen estado de ánimo expresando sus emociones de manera clara y espontánea durante el proceso de intervención y seguimiento.</p> <p>En cuanto a su pareja sentimental el joven Luis Andrade de 19 años, se puede mencionar que ha demostrado</p>	<p>Construcción y fortalecimiento de su proyecto de vida a través de la responsabilidad que debe asumir en el rol de madre</p>

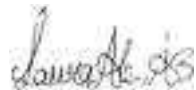
	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>compromiso y responsabilidad y acompañamiento con Helen, donde aporta económicamente para las necesidades básicas de la usuaria.</p>	
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Menor de 13 años de edad con 23 semanas de gestación, es ingresada a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir con los criterios de ingreso para tal efecto como lo es sobrepeso para la edad gestacional, esto con 69.5 kilos y 161 centímetros de estatura, hace parte de una familia nuclear, vive junto a su compañero permanente y familia en corregimiento el Diviso, Argelia - Cauca, el lugar residencia cuenta con 2 habitaciones, las paredes son en material de madera, los pisos en tierra y cemento, el techo es de sing, cuentan con pozo séptico, el agua para el consumo es directamente cómo la obtienen de una fuente hídrica, en fin cuentan con los servicios que les permiten solventar sus necesidades básicas diarias.</p> <p>Por otro lado, si bien es cierto, la menor en cuestión quedó en embarazo en su treceavo año de edad, esto ocurrió debido a presentar fallas con su mecanismo de planificación, razón por la cual, sus padres activaron la ruta de reparación de derechos por comisaria de familia local en Argelia, a lo que esta misma entidad decide o resuelve dar inicio con mencionado proceso al cual el equipo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hervir el agua para su consumo • Priorizar el consumo de los AAVN para la mujer gestante • Asistir cumplidamente a controles, vacunas y ecografías • Continuar entregando la RFPP cada mes. • Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad. • Realizar visitas domiciliarias • Asistir a los encuentros grupales • Práctica de hábitos saludables • Informar cualquier novedad respecto del embarazo

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>interdisciplinario de la modalidad tuvo acceso previa solicitud del gestor comunitario a la titular del cargo de esa corporación.</p> <p>En ese orden de ideas, en seguimiento realizados por el equipo mil días en el hogar de la beneficiaria y en los encuentros grupales, se ha logrado verificar que su compañero permanente está cumpliendo a cabalidad con su papel o rol de padre y todas las implicaciones que conlleva, razón por la cual no se ha hecho necesario elevar el proceso a instancias mayores, dando así un parte de tranquilidad tanto para los familiares de la menor como para la totalidad del equipo interdisciplinario de la modalidad mil días para cambiar mundo.</p>	
--	--	--

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

El día _25_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso __X__ teniendo en cuenta lo siguiente: caso que ya tiene activación de ruta desde comisaría de familia de su municipio.

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

	<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>	
---	---	---

<p>V°b° Coordinador UDS: _____</p> <p>ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)</p>		

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE						
Nombre del Beneficiario:	Hilary Maria Vivas Henriquez			Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Cédula extranjero			Número de Documento:	6139744	
Dirección Beneficiario:	Plateado			Municipio:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	30/08/2006	Edad:	18 años	Fecha de Ingreso:	01/08/2024	

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL						
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	31/07/2024	53	159	22	21	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
2	19/09/2024	56,05	159	22,2	32	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
3	22/10/2024	57	159	22,5	37	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

	<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>	
---	---	---

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Mujer gestante ingresa al programa con un diagnóstico nutricional de bajo peso para la edad gestacional en la semana 21; durante la anamnesis alimentaria, se evidencia un bajo consumo de frutas, lácteos y proteínas, alimentos esenciales para su adecuado desarrollo y el del feto. La usuaria refiere que solo presentó episodios de emesis y ascos durante la primera semana de gestación, pero en la actualidad no manifiesta síntomas gastrointestinales, con tolerancia vía oral.</p> <p>En el seguimiento nutricional realizado en septiembre, se observa una ganancia de peso de 3005 g en un periodo de aproximadamente 8 semanas, aumentó en promedio 375,6 g por semana, a pesar de que este aumento semanal está dentro del rango estimado para su IMC según la Resolución</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega mensual de RFPP 2. Seguimiento de aprovechamiento de los alimentos entregados en la RFPP 3. Educación acerca de alimentación saludable para mujer gestante. 4. Informar acerca de la importancia de la lactancia humana exclusiva y total.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>2465 de 2016, la paciente no ha alcanzado el peso adecuado para su edad gestacional.</p> <p>Por este motivo, se le brindan recomendaciones nutricionales centradas en una alimentación saludable y balanceada, fundamental para asegurar un desarrollo fetal óptimo y una buena salud materna. Se sugiere distribuir su ingesta diaria en 6 comidas, asimismo, se le aconseja aprovechar los alimentos disponibles en la ración familiar, tales como arroz, pasta, quinua, harina de trigo, harina de maíz, panela, leguminosas, huevos y atún, para la preparación de comidas variadas y equilibradas que aporten los macronutrientes y micronutrientes necesarios. Además, se recalca la importancia de aumentar el consumo de frutas, lácteos y proteínas.</p>	
SALUD	<p>Gestante de 18 años de edad ingresa al programa "Mil Días para Cambiar el Mundo" con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional. Según su carnet de control prenatal, no ha tenido una gestación previa. No presenta antecedentes personales o familiares relevantes. Hasta la fecha, ha realizado dos controles prenatales, donde se ha registrado una presión arterial normal y sin alteraciones. Durante el primer trimestre, la gestante experimentó náuseas y vómitos, pero actualmente no reporta signos de peligro en</p>	<p>Orientar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - signos de peligro durante el embarazo, importancia de la lactancia materna, práctica adecuada de lavado de manos. - Acordar con la familia método de planificación familiar con el médico tratante. - identificar los signos de peligro durante su embarazo. - Dar lactancia humana exclusiva en la primera hora de vida y lactancia humana exclusiva hasta los 6 meses. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé.

	<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>	
---	---	---

	<p>su embarazo. En la caracterización realizada, se observó que tiene pendiente asistir a salud oral, no reconoce las señales de peligro durante el embarazo y no ha definido un método de planificación familiar. Sin embargo, asiste regularmente a sus controles prenatales, exámenes médicos, y vacunaciones está pendiente por falta de semanas estipulada para aplicar las vacunas, y consume los micronutrientes sin inconvenientes. En su última visita de seguimiento en septiembre, mencionó no tener problemas de salud.</p>	<p>- informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso.</p>
--	---	---



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



GESTION FAMILIAR

Usaria en periodo de gestación con 22 semanas se encuentra al día con sus controles prenatales y demás atenciones médicas que requiere en cuanto a su estado de salud continúa con las recomendaciones médicas.

Dinámica familiar nuclear conformada por su compañero sentimental en cuanto a su relación con su compañero es estable adecuada donde hay lazos de afecto, amor y responsabilidad juntos desean ver realizados sus proyectos de vida

Situación Socioeconómica: Hilary deriva sus ingresos de la actividad económica de su compañero sentimental lo que le permite tener una calidad de vida y satisfacción de las necesidades básicas.

Durante el seguimiento se observa que la usuaria no ha presentado ningún inconveniente en salud, cuenta con una buena red de apoyo quien es la persona que le brinda estabilidad emocional, afecto y protección.

Las condiciones habitacionales continúan siendo adecuadas donde cuenta con los servicios básicos como:

- Visitas de seguimientos
- Prepararse para la maternidad y el cuidado del bebé
- Garantizar la salud y bienestar de la madre y el bebé
- Proyecto de vida establecer metas personales y profesionales

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>agua, alcantarillado, energía y se observan en óptimas condiciones de aseo e higiene.</p>	
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Menor con 22 semanas de gestación y 17 años de edad es ingresada a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir con los criterios de ingreso para tal efecto como lo es el bajo peso para su edad gestacional con 53 kilos y 159 centímetros de estatura, hace parte de una familia nuclear, vive junto a sus familiares en el corregimiento del Plateado, Argelia - Cauca, su lugar de residencia es familiar, cuenta con 3 habitaciones, las paredes están fabricadas en materiales duraderos como cemento y ladrillo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el consumo de los AAVN para la mujer gestante • Hervir el agua para su consumo • Asistir cumplidamente a controles prenatales, vacunas y ecografías • Continuar entregando la RFPP cada mes. • Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad. • Realizar visitas domiciliarias • Asistir a los encuentros grupales • Práctica de hábitos saludables



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



al igual que el piso, el techo es en eternit, cuentan con acueducto y alcantarillado, fluido eléctrica, el agua para el consumo las ingieren tal cual la obtienen de la llave, además cuentan con otros servicios que les permiten saciar sus necesidades básicas diarias de ella y su familia.

Teniendo lo anterior como presupuesto para el desarrollo del presente estudio de caso y siguiendo los lineamientos plasmados en el cronograma de actividades mensuales, el pasado 24 de agosto del año en curso se llevó a cabo la primera entrega de RFPP en el municipio de Argelia, más específicamente en el corregimiento del plateado, donde la usuaria hizo presencia al desarrollo de todas las actividades desarrolladas por parte del equipo mil días en terreno, pero por cuestiones administrativas internas de ICBF, para ese entonces no se realizaron toma de medidas antropométricas a ningún usuario en los 5 municipios en los cuales tiene jurisdicción la modalidad mil días para cambiar el mundo, por lo que se aplazaron para el mes de septiembre, en donde para el día 20 del citado mes cuando se efectuaron los seguimientos referidos durante el desarrollo del segundo encuentro grupal, una vez hecha la toma de peso y talla a la usuaria, se obtuvo como resultado un peso de 56.05 kilos y 159 centímetros de altura, notando así una ganancia de un poco más de 3 kilogramos durante su estadía en la modalidad, por lo que a criterio nutricional,

- Informar cualquier novedad respecto del embarazo
- Prácticas de cuidado y autocuidado
- Alimentación saludable
- Implementación de frutas y verduras en la alimentación



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



la referida continúa con estado de bajo peso para la edad gestacional y se hace necesario la intervención de la profesional en nutrición en cuanto a establecer nuevas recomendaciones alimentarias para ser tenidas en cuenta y aplicadas en el transcurso de la ejecución de la modalidad y el consumo de la ración entregada y para los próximos encuentro.

Ahora, en seguimiento al consumo de los alimentos que integran la RFPP, la usuaria manifiesta estarlos consumiendo con normalidad, no haber presentado intolerancia a ninguno de los productos seguido a que informa estar implementando las recomendaciones entregadas por la nutricionista de la modalidad, estar dando un uso y almacenamiento adecuado a los AAVN por lo que no se hace necesario poner en conocimiento a la profesional en nutrición del del equipo respecto de los sucesos encontrados

Seguido de lo anterior, la usuaria alude haber asistido cumplidamente a todos los controles prenatales, vacunas y ecografías programados, haber presentado signos y síntomas normales en el embarazo, dando así un parte de tranquilidad tanto para el equipo interdisciplinario de la modalidad mil días como para su compañero y familia.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



SEGUIMIENTO OCTUBRE:

En visitas de seguimiento realizado a la usaria tanto telefónica como personalmente en lo corrido del mes de octubre, se logra evidenciar que la misma se encuentra en óptimas condiciones de salud, manifiesta estar en la ciudad de popayán esperando tener a su bebé puesto que tiene fecha probable de parto para el 7 de noviembre, sumado a ello informa haber presentado síntomas signos normales en el embarazo, haber asistido a controles prenatales, vacunación, ecografías y demás recomendaciones entregadas por el equipo mil días las cuales se debe dar cumplimiento durante su estadía en la modalidad, sumado a lo anterior, se evidencia estar dando un uso adecuado y racional a la cantidad de alimentos entregada en la RFPP, da a conocer que no ha presentado intolerancia ni ninguna otra anomalía respecto al consumo de los alimentos entregados que amerite ser pesta en conocimiento del equipo mil días.

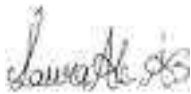
- Priorizar el consumo de los AAVN para la mujer gestante
- Hervir el agua para su consumo
- Asistir cumplidamente a controles prenatales, vacunas y ecografías
- Continuar entregando la RFPP cada mes.
- Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad.
- Realizar visitas domiciliarias
- Asistir a los encuentros grupales
- Práctica de hábitos saludables
- Informar cualquier novedad respecto del embarazo
- Prácticas de cuidado y autocuidado
- Alimentación saludable
- Implementación de frutas y verduras en la alimentación
- lavado de manos
- registrar al bebe lo mas pronto posible
- afiliación a salud
- informar al equipo mil días una vez ocurra la novedad de nacimiento

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Xlmena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

El día _25_ de ___ octubre ___ del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso _____ teniendo en cuenta lo siguiente:



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Replantear las acciones __X__ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>En el seguimiento realizado en octubre, tuvo una ganancia de peso de 950 g en un periodo aproximado de 5 semanas, lo que representa un incremento promedio de 190 g por semana, este aumento de peso se encuentra por debajo del esperado según los rangos establecidos en la Resolución 2465 de 2016. La usuaria mantiene su diagnóstico nutricional inicial y hasta el momento, niega síntomas gastrointestinales o la presencia de patologías asociadas a su bajo peso.</p> <p>Se le brindaron recomendaciones nutricionales orientadas a mejorar su estado de salud, incluyendo el aumento de alimentos ricos en carbohidratos complejos, como la avena, la quinua, el arroz, la harina y la pasta, estos alimentos proporcionan la energía necesaria para satisfacer sus requerimientos diarios. Además, se aconseja incrementar el consumo de proteínas y grasas saludables, presentes en alimentos como leguminosas, carnes, aguacate y aceites vegetales, que son fundamentales para promover un aumento de peso adecuado y mejorar su estado nutricional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega mensual de RFPP 2. Seguimiento de aprovechamiento de los alimentos entregados en la RFPP 3. Educación acerca de alimentación saludable para mujer gestante. 4. Informar acerca de la importancia de la lactancia humana exclusiva y total.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

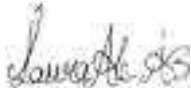
SALUD	<p>en el seguimiento de salud se encuentra a la gestante en buenas condiciones salud, refiere no haber presentado sintomatologías o signos de peligro, en los exámenes médicos según criterio de la nutricionista refiere que la gestante presenta anemia, cabe aclarar que los exámenes aún no han sido leídos por el médico, la gestante asiste oportunamente a control prenatal y exámenes médicos, tiene pendiente asistir en el mes de octubre a ecografía</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre estimulación prenatal. - Dar lactancia humana exclusiva en la primera hora de vida y lactancia humana exclusiva hasta los 6 meses. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso.
GESTION FAMILIAR	<p>Durante el seguimiento se observa que la usuaria no ha presentado ningún inconveniente en salud, cuenta con una buena red de apoyo quien es la persona que le brinda estabilidad emocional, afecto y protección.</p> <p>Las condiciones habitacionales continúan siendo adecuadas donde cuenta con los servicios básicos como: agua, alcantarillado, energía y se observan en óptimas condiciones de aseo e higiene.</p>	<p>Se continuará con los mismos compromisos teniendo en cuenta que hasta la fecha no se ha presentado situaciones de riesgo</p>
GESTOR COMUNITARIO		



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ELABORADO POR

	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga Bolaños	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO





ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

Nombre del Beneficiario:	Julian David Rodriguez Echeverry		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1058678954	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	Plateado		Municipio Residencia:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	15/06/2023	Edad:	16 meses	Fecha de Ingreso:	01/08/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	31/07/2024	8,5	76	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	19/09/2024	8,95	77	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	21/10/2024	9,4	78,5	PESO ADECUADO PARA LA TALLA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 26

SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 15

OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☒, Cantidad sobres entregados

NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Niño ingresó al programa con un diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, presentando una desviación estándar (DE) de -1,63. No se reportan patologías de base; sin embargo, se destaca un bajo peso desde el inicio de la alimentación complementaria, debido a la baja aceptación de los alimentos por parte del niño, desde la nutrición clínica, se formuló el consumo de PediaSure, con dos tomas al día (1 medida * 1 onza de agua); durante la anamnesis alimentaria, se evidenció un bajo consumo de frutas y proteínas.</p> <p>En el seguimiento realizado en septiembre, hay una ganancia de peso de 450 g, con DE a -1,23. La madre reporta que, hace aproximadamente 20 días, el niño fue</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Entrega de RFPP mensual.2. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración.3. Entrega y control de consumo de ALC con tolerancia hasta obtener el peso adecuado para la talla.4. Reforzar la técnica del lavado de manos antes de consumir los alimentos.5. Resaltar la importancia de lavar los alimentos antes de su preparación.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



hospitalizado debido a episodios de diarrea causados por una infección gastrointestinal, asimismo, hace 8 días sufrió un episodio de neumonía que también requirió atención intrahospitalaria, estas condiciones de salud generaron una pérdida de peso significativa, afectando su recuperación nutricional. Actualmente, el niño se encuentra en casa, en reposo y está cumpliendo con las indicaciones médicas y las recomendaciones de nutrición clínica.

El niño consumió los 26 sobres de ALC que se le entregaron en agosto. Para el mes de septiembre, se han entregado 15 sobres adicionales, cuya administración dependerá de la tolerancia del niño y de su estado de salud.

Se recalca la importancia de incluir en la alimentación diaria del niño todos los alimentos entregados en la RFPP, como el arroz, avena, harina de maíz, harina de trigo, quinua, pasta, huevos y leguminosas, estos alimentos son fundamentales para cubrir sus requerimientos nutricionales, ya que aportan carbohidratos, proteínas y grasas saludables, esenciales para su crecimiento y desarrollo. Además, se enfatiza la necesidad de incorporar una variedad de frutas y proteínas, como carnes, pollo, pescado y huevos en su dieta. Las frutas son ricas en vitaminas, minerales y fibra, que favorecen el fortalecimiento del sistema inmunológico, la digestión y la prevención de

6. Orientar acerca de los hábitos saludables en el entorno familiar.
7. Fomentar el consumo de frutas y proteínas diariamente en la alimentación del niño.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>enfermedades. Las proteínas, por su parte, son esenciales para el desarrollo muscular, la reparación de tejidos y el mantenimiento de un estado nutricional adecuado.</p>	
<p>SALUD</p>	<p>Un niño de 15 meses ingresa a la modalidad de mil días para cambiar el mundo. Durante la gestación, no se presentaron signos de peligro ni patologías, y el parto se llevó a cabo sin complicaciones. Sin embargo, la madre señala que desde que comenzó la alimentación complementaria, el niño ha tenido dificultades para aceptar los alimentos.</p> <p>Hace 20 días, el niño sufrió una enfermedad diarreica aguda debido a una infección intestinal, y hace 8 días fue hospitalizado por neumonía. Actualmente, ya se encuentra en casa y en proceso de recuperación. En cuanto a su seguimiento médico, el niño está al día en los controles de crecimiento y desarrollo, salud oral y vacunación.</p>	<p>Durante la permanencia del programa se abarcaran las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar en las prevalencias en la primera infancia y cuando acudir a urgencias, Signos y síntomas de alarma en los niños menores de 5 años, hábitos de vida saludable, práctica adecuada de lavado de manos. - Practicar el lavado de manos adecuado - verificar periódicamente el estado de salud del niño. - Asistir a los programas de promoción y prevención (salud oral, desparasitación, vacunación, control de crecimiento y desarrollo). - Hervir el agua para el consumo de la familia.
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Juan David usuario de un año de edad (1), tipología de familia nuclear la cual está conformada por papá, mamá y hermana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se continuará con visitas de seguimiento • Establecer rutinas y horarios • Proporcionar un ambiente seguro • Disfrutar del tiempo de calidad con sus hijos



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>Se puede evidenciar desde el área de Trabajo Social ,la familia ha cumplido a cabalidad con los derechos con los que cuenta Juan David de manera oportuna, asistiendo a los controles y seguimientos médicos que requiere el niño teniendo en cuenta sus etapas de desarrollo demostrando un adecuado compromiso y responsabilidad frente a las necesidades previstas por Juan David y la protección integral de sus derechos como individuo, cumpliendo con las respectivas solicitudes brindadas desde cada área para un adecuado bienestar y calidad de vida. La familia continúa proporcionando entornos protectores garantes de sus derechos fundamentales.</p> <p>Situación Socioeconómica: La familia deriva sus ingresos de la actividad económica del señor Luis Rodríguez papá de Juan David lo que le permite tener una calidad de vida y satisfacción de las necesidades básicas.</p> <p>La madre continúa siendo receptiva ante de las orientaciones pactadas desde cada área psicosocial, nutrición, enfermería y gestor de LA MODALIDAD 1.000 DÍAS</p>	
GESTOR COMUNITARIO		<ul style="list-style-type: none"> • hervir el agua para consumo • practicar adecuado lavado de manos



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Menor de edad de 1 año que ingresa a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir los requisitos para tal efecto como lo es estar en riesgo de desnutrición aguda según criterio de la profesional en nutrición de la modalidad mil días para cambiar el mundo con un peso de 8.5 kilos con 76 centímetros, vive junto a su madre, su padre y su hermana en el corregimiento el plateado del municipio de Argelia, lugar en donde cuentan con los servicios básicos para solventar sus necesidades diarias, la casa está hecha en ladrillo con los pisos de cemento, el techo es de eternit, cuentan con 2 habitaciones, baño, alcantarillado entre otras comodidades que les permite sobrellevar un estilo de vida adecuado.

el pasado 24 de agosto del año en curso, al núcleo familiar del menor en mención se le hizo entrega de la ración familiar para preparar y alimento listo para el consumo en con los cuales se busca una ganancia significativa de peso para el mes de septiembre donde se hizo la primera toma de peso y talla y segunda entrega de alimentos desde su focalización, es decir, desde el mes de julio, evidenciando que el menor ha obtenido una ganancia mínima de peso pero aún se encuentra en el rango de riesgo de desnutrición aguda con un peso y talla de 8.95 kilos con 77 centímetros por lo que se hizo necesario hacer entrega de 15 sobres de ALC en presentación de 50 gramos con los cuales y en

- incluir frutas y verduras en la dieta
- limpieza del hogar
- cumplimiento de compromisos
- asistir a controles y vacunas
- entornos protectores
- prácticas de cuidado y autocuidado
- uso y almacenamiento adecuado a los alimentos
- informar cualquier novedad respecto del consumo de los alimentos.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



conjunto con el consumo de la RFPP para el mes de octubre se busca su recuperación nutricional.

De otro lado y no menos importante, es de anotar que al hogar en mención, se le está haciendo seguimiento al consumo del ALC semanal tanto telefónica como presencialmente, esto con el objeto de verificar su adecuado consumo donde según manifestación de la madre, se está consumiendo con total normalidad, no ha presentado ninguna novedad que deba ser escalada a oídos de la profesional en nutrición seguido a que da a conocer que se le está dando un almacenamiento y manipulación adecuado al igual que a la ración familiar para prepara con lo que se espera salir del rango de riesgo de desnutrición aguda a pasar a un peso adecuado para el mes de octubre del año en curso, dando así un parte de tranquilidad tanto para la familia de la menor citada como para el equipo de la modalidad mil días.

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

ELABORADO POR

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majín	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día _25_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso __X__ teniendo en cuenta lo siguiente: el usuario tuvo una ganancia de peso de 450 g, permitiendo así un peso adecuado para la talla, acudiente refiere buena tolerancia al ALC enviados en los anteriores meses y mantiene una alimentación donde se incluyen los alimentos entregados en la RFPP y bienestarina, se recomienda seguir con las indicaciones dadas por el equipo interdisciplinario para mantener su estado nutricional.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



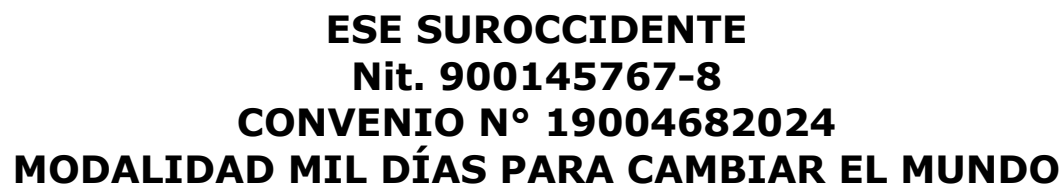
Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

	<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>	
---	---	---

<p>V°b° Coordinador UDS: _____</p> <p>ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)</p>		



Nombre del Beneficiario:	Paula valentina Guzman Dorado		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1058679027	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	La Esmeralda		Municipio Residencia:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	7/09/2023	Edad:	14 meses	Fecha de Ingreso:	01/08/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional X y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL				
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	25/07/2024	7	69	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	19/09/2024	7,2	69	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	21/10/2024	7,4	69,5	PESO ADECUADO PARA LA TALLA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 23
 SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados
 OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☒, Cantidad sobres entregados
 NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados
 DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>La niña ingresó al programa con un diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, evidenciado por una desviación estándar (DE) de -1,45. La madre menciona que la niña nació prematura, a las 30 semanas de gestación, debido a esta complicación, no fue posible ofrecer lactancia materna exclusiva durante los primeros meses, por lo que se formuló ENFAMIL, actualmente, la niña recibe lactancia humana total y ha comenzado con una alimentación complementaria que incluye las texturas y los alimentos apropiados para su edad.</p> <p>Durante el seguimiento realizado en septiembre, hay una ganancia de peso de 200 g, su DE a -1,12, con una edad</p>	<ol style="list-style-type: none"> Entrega de RFPP mensual. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración. Seguimiento nutricional acorde a la edad corregida. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla. Brindar información sobre la alimentación complementaria.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>corregida de 11 meses. La madre niega presencia de síntomas gastrointestinales ni ha padecido enfermedades que pudieran haber interferido en su ganancia de peso y talla, por lo tanto, se hizo énfasis en la necesidad de seguir brindando una alimentación complementaria adecuada, que incluya todos los grupos de alimentos como cereales, frutas, verduras, leguminosas, carnes y huevos, se resaltó la importancia de adaptar las texturas de los alimentos conforme a su edad corregida, ya que el antecedente de prematuridad puede afectar el proceso de recuperación nutricional. La madre también mencionó que la niña ha tolerado bien el ALC suministrado, con un total de 23 sobres entregados durante el mes de agosto. Se realizó una nueva entrega para el mes de septiembre.</p> <p>Finalmente, se explicó detalladamente a la madre la importancia de utilizar todos los alimentos entregados en la RFPP tales como arroz, avena, harina de maíz, harina de trigo, quinua, pasta, huevos y leguminosas. Estos alimentos son fundamentales para cubrir los requerimientos nutricionales de la niña y contribuir a la recuperación de su estado nutricional.</p>	<p>6. Enfatizar en la importancia de la lactancia humana total hasta los 2 años o más.</p> <p>7. Guiar sobre la adopción de hábitos saludables en el ámbito familiar.</p>
SALUD	<p>niña menor de 1 año de edad ingresó a la modalidad de mil días con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda. Su madre informa que la niña nació predetermina de 30</p>	<p>Durante la permanencia del programa se abarcaran las siguientes actividades.</p>



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>semanas de gestación, estuvo hospitalizada por 1 mes por tal motivo no pudo dar lactancia materna en la primera hora de nacimiento y continuar con lactancia exclusiva, hasta la fecha continua con control con pediatra por bajo peso para la talla, la madre continúa con lactancia y alimentación complementaria, la niña se observa con retraso en el desarrollo psicomotor, no realiza actividades de acuerdo a su edad. tiene pendiente las vacunas de 1 año debido a que estuvo con síntomas gripales y por ende el centro de salud no la vacuna, el carnet de control de crecimiento y desarrollo se encuentra al día, la madre no reconoce los signos o síntomas de alarma en los niños menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar en las prevalencias en la primera infancia y cuando acudir a urgencias, Signos y síntomas de alarma en los niños menores de 5 años, hábitos de vida saludable, práctica adecuada de lavado de manos, estimulación sensorial para mejorar su desarrollo psicomotor. - Practicar el lavado de manos adecuado - Asistir a los seguimientos estipulados para el seguimiento con pediatría. - Asistir a los programas de promoción y prevención (salud oral, desparasitación. vacunación, control de crecimiento y desarrollo). - Aplicar en casa las diferentes formas de estimular a su bebe para que inicie con el gateo y que su cuerpo se pueda tonificar más.
GESTION FAMILIAR	<p>Al momento de la caracterización familiar se evidencia que la tipología familiar es extensa conformada por 5 integrantes en el hogar .Paula Valentina usuaria de un año de edad (1),se puede evidenciar desde el área de Trabajo Social ,la familia ha cumplido a cabalidad con los derechos con los que cuenta Paula Valentina de manera oportuna, asistiendo a los controles y seguimientos médicos que requiere la niña teniendo en cuenta sus etapas de desarrollo la madre de Paula ha demostrado un adecuado compromiso y responsabilidad frente a las necesidades previstas por la niña y la protección integral de sus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se continuará con visitas de seguimiento • Proporcionar un ambiente seguro • Disfrutar del tiempo de calidad con sus hijos • Continuar con las recomendaciones pactadas por cada área de profesionales de la modalidad

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>derechos como individuo, cumpliendo con las respectivas solicitudes brindadas desde cada área para un adecuado bienestar y calidad de vida. La red de apoyo continúa proporcionando entornos protectores garantes de sus derechos fundamentales.</p> <p>Situación Socioeconómica: La familia deriva sus ingresos de la actividad económica de dos integrantes del hogar lo que le permite tener una calidad de vida y satisfacción de las necesidades básicas.</p> <p>La madre continúa siendo receptiva ante de las orientaciones pactadas desde cada área psicosocial, nutrición, enfermería y gestor de LA MODALIDAD 1.000 DÍAS.</p>	
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Menor con 10 meses de edad ingresa a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir los requisitos para tal efecto como lo es estar en una clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda según criterio de la profesional en nutrición de la modalidad mil días para cambiar el mundo la cual fue valorada el pasado 25 de julio del corrido año, con un peso de 7 kilos con 69 centímetros.</p> <p>La usuaria vive junto a su madre, su padre y su hermana en la vereda la esmeralda del municipio de Argelia, lugar en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hervir el agua para consumo • practicar adecuado lavado de manos • incluir frutas y verduras en la dieta • limpieza del hogar • consumo adecuado de los AAVN • cumplimiento de compromisos • asistir a controles y vacunas • entornos protectores • prácticas de cuidado y autocuidado • uso y almacenamiento adecuado a los alimentos



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



donde cuentan con los servicios básicos para solventar sus necesidades diarias, la casa está hecha en ladrillo con los pisos de cemento, el techo es de eternit, cuentan con 2 habitaciones, baño, pozo séptico entre otras comodidades que les permite sobrellevar un estilo de vida adecuado.

En Argelia - Cauca, según cronograma de actividades se llevó a cabo de la primera entrega de alimento listo para el consumo ALC y ración familiar para preparar RFPP el pasado 24 de agosto del año en curso al núcleo familiar de la menor referida con los cuales se busca una ganancia notable de peso para el mes de septiembre donde se hizo la primera toma de peso y talla y segunda entrega de alimentos desde su focalización, es decir, desde el mes de julio, se evidencia que la menor ha mejorado un poco su peso pero aún se encuentra en el rango de riesgo de desnutrición aguda con un peso y talla de 7.2 kilos con 69 centímetros por lo que se hizo necesario hacer entrega de 8 sobres de vitalac en presentación de 50 gramos nuevamente para el periodo en mención con el cual se tiene como objetivo su recuperación nutricional.

De otro lado, es de resaltar que al hogar de la usuaria en mención, se le está haciendo seguimiento al consumo del ALC semanal tanto telefónica como presencialmente, esto con el objeto de corroborar su adecuado consumo donde según manifestación de la madre, lo está ingiriendo con total

- informar cualquier novedad respecto del consumo de los alimentos.
- informar alteraciones en cuanto a su estado de salud

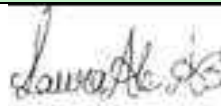


ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



normalidad, no ha presentado ninguna novedad que deba ser puesta en oídos de la profesional en nutrición. Cabe destacar lo referido por la madre en cuanto al almacenamiento y manipulación adecuado al igual que a la ración familiar para prepara con lo que se espera salir del rango de riesgo de desnutrición aguda en el que se encuentra actualmente la usuaria y lograr pasar a un peso adecuado para el mes de octubre del año en curso, dando así un parte de tranquilidad tanto para la familia de la menor citada como para el equipo de la modalidad mil días.

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga Bolaños	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	
V°b° Coordinador UDS: _____		
2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS		
El día _24_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:		
Cerrar estudio de caso __X__ teniendo en cuenta lo siguiente: La usuaria tuvo una ganancia de peso de 200 g, permitiendo así un peso adecuado para la talla, acudiente refiere buena tolerancia al ALC enviados en los anteriores meses y mantiene una alimentación donde se incluyen los alimentos entregados en la RFPP y de bienestarina, se recomienda seguir con las indicaciones dadas por el equipo interdisciplinario para mantener su estado nutricional.		
Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:		
COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE						
Nombre del Beneficiario:	Yolbi Yuliana Ruiz Meneses			Fecha de Análisis de caso:	25/10/2024	
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía			Número de Documento:	1058666744	
Dirección Beneficiario:	El Plan			Municipio:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	19/07/2004	Edad:	20 años	Fecha de Ingreso:	01/08/2024	

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional _X_ y/u otra condición ____ (cuál?) Condición clínica debido a aborto espontáneo _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL						
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	26/07/2024	74	161	28,5	14	SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
2	19/09/2024	73	161	28,2	22	SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
3	21/10/2024	76	161	29,3	26	SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Mujer gestante de 14 semanas que ingresó a la modalidad con diagnóstico de sobrepeso para su edad gestacional, durante la anamnesis alimentaria se detectó un elevado consumo de carbohidratos simples y grasas saturadas, la paciente refiere además un aumento en los antojos, por lo que se proporcionó educación nutricional desde la primera visita; hasta el momento no se han presentado complicaciones de salud como diabetes gestacional, anemia o preeclampsia.</p> <p>En el seguimiento nutricional de septiembre, la paciente registró una ganancia de peso de 1000 g, mientras que en octubre el aumento fue de 3000 g, lo que representa un ritmo de ganancia superior a los valores recomendados por la Resolución 2465 de 2016, manteniendo el diagnóstico de sobrepeso en todos los seguimientos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Entrega de RFPP y preguntar sobre su aprovechamiento. Seguimiento mensual de peso, talla y perímetro braquial. Indagación de síntomas gastrointestinales, principalmente antojos. Educación de alimentación saludable para mujer en periodo de gestación. Importancia de lactancia humana exclusiva y total hasta los 2 años o más.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>La paciente ha mostrado disposición para mejorar su estado nutricional; sin embargo, menciona que sus antojos han contribuido al aumento de peso significativo en el último mes; se le brindaron recomendaciones nutricionales enfocadas en reducir el consumo de carbohidratos simples (como azúcares refinados y productos ultraprocesados) y en aumentar la ingesta de grasas saludables, presentes en alimentos como aguacate, frutos secos y aceites vegetales. Además, se aconseja priorizar los carbohidratos complejos, como los encontrados en granos enteros, avena y leguminosas, que proporcionan energía sostenida y favorecen un control del peso más saludable.</p>	
SALUD	<p>Gestante de 19 años de edad ingresa al programa "Mil Días para Cambiar el Mundo" con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional. Según su carnet de control prenatal, ha tenido una gestación previa, un aborto espontáneo, cero partos. No presenta antecedentes personales o familiares relevantes. Hasta la fecha, ha realizado cinco controles prenatales, donde se ha registrado una presión arterial normal y sin alteraciones. Durante el primer trimestre, la gestante experimentó náuseas y vómitos, pero actualmente no reporta signos de peligro en su embarazo. En la caracterización realizada, se observó que no tiene suficiente conocimiento en los signos de peligro que se</p>	<p>.Orientar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - signos de peligro durante el embarazo, importancia de la lactancia materna, práctica adecuada de lavado de manos. - identificar los signos de peligro durante su embarazo. - Dar lactancia humana exclusiva en la primera hora de vida y lactancia humana exclusiva hasta los 6 meses. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>pueden presentar en el embarazo. Sin embargo, asiste oportunamente a sus controles prenatales, exámenes médicos, ecografías, salud oral y vacunaciones, y consume los micronutrientes sin inconvenientes, En su última visita de seguimiento en septiembre, mencionó no tener problemas de salud.</p>	
<p>GESTION FAMILIAR</p>		
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Mujer con 14 semanas de gestación y 20 años de edad es ingresada a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir con los criterios de ingreso en el mes de agosto con sobrepeso para su edad gestacional con 74 kilos y 161 centímetros de estatura, hace parte de una familia nuclear, vive junto a su compañero permanente la vereda el plan del municipio de Argelia - Cauca, su lugar de residencia es familiar y actualmente el lugar donde reside cuentan con los servicios básicos que le permite solventar sus necesidades diarias..</p> <p>El pasado 21 de octubre del año en curso se llevó a cabo la tercera entrega de RFPP en el municipio de Argelia según cronograma de actividades para lo cual la usuaria se hizo partícipe donde por parte del equipo interdisciplinario de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hervir el agua para su consumo • Priorizar los AAVN para mujer gestante • Asistir cumplidamente a controles, vacunas y ecografías • Continuar entregando la RFPP cada mes. • Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad. • Realizar visitas domiciliarias • Asistir a los encuentros grupales • Práctica de hábitos saludables • Informar cualquier novedad respecto del embarazo lavado de manos.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



modalidad se capacita a las familias con el ánimo de tratar de mejorar la condiciones de vida de los usuarios sus familias sumado a la toma de medidas antropométricas y la entrega de los alimentos.

A la usuaria se le abre estadio de caso en atención a que para el mes de septiembre reportó un estado nutricional de peso adecuado para su edad gestacional, aumentando 1 kilo y para el mes de octubre un total de 3 kilogramos recobrando el estatus de sobrepeso, es decir que tuvo una ganancia de peso superior a la establecida en los estándares de la Resolución 2465 de 2016.

Por otro lado, en cuanto al seguimiento al consumo de los alimentos que integran o hacen parte de la RFPP la usuaria manifiesta estarlos consumiendo con normalidad seguido a lo que refiere estarle dando un uso y almacenamiento adecuado a los mismos por lo que no se hace necesario poner en conocimiento a la profesional en nutrición del equipo.

En ese mismo sentido, manifiesta haber asistido a todos los controles prenatales programados, estar al día en vacunación y ecografías, dando así un parte de tranquilidad



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



tanto a su núcleo familiar como al equipo interdisciplinario de la modalidad mil días para cambiar el mundo.

ANEXOS: historia clínica de la usuaria en cuestión.

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga Bolaños	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	

V°b° Coordinador UDS: _____



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

El día ____ de _____ del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso _____ teniendo en cuenta lo siguiente:

Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCION
NUTRICION		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ELABORADO POR

	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE						
Nombre del Beneficiario:	Yunelis Ibeth García Epieyu			Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Cédula de ciudadanía			Número de Documento:	1134193395	
Dirección Beneficiario:	Sinai			Municipio:	Argelia	
Fecha de Nacimiento:	11/08/1999	Edad:	24	Fecha de Ingreso:	01/08/2024	

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional ____ y/u otra condición __X__ (cuál?) Condición clínica debido a aborto espontáneo _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL						
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	26/07/2024	59	151	25,9	8	SOBREPESO

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Mujer gestante que cuando se realiza el diligenciamiento del formato de intervención individual de nutrición, se evidencia en la anamnesis un alto consumo de grasas saturadas y un bajo consumo de frutas, lo cual podría estar vinculado a su diagnóstico nutricional, debido a ello, se brindaron recomendaciones nutricionales específicas para fomentar una alimentación más equilibrada y saludable durante el periodo de gestación. El objetivo principal era que la gestante lograra un peso adecuado para la edad gestacional, puesto que era crucial para el bienestar del bebé y para reducir riesgos asociados a la ganancia excesiva, como la preeclampsia y la diabetes gestacional.</p> <p>Durante el encuentro grupal realizado en agosto en el Plateado, la mujer negó la presencia de síntomas gastrointestinales comunes en el embarazo, como ascos, náuseas, vómitos y reflujo. Del mismo modo, negó la</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se sugiere priorizar una dieta rica en frutas y verduras frescas, fuentes de fibra, vitaminas y minerales esenciales. Asimismo, limitar el consumo de grasas saturadas. 2. Realizar actividad física 3. Evitar situaciones de estrés y tomar reposo.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>aparición de signos o síntomas de alarma relacionados con el aborto espontáneo que había sufrido previamente según fecha de historia clínica. Aun así, de manera irresponsable y sin referir al equipo interdisciplinario acerca de su abortó la gestante decidió recibir los alimentos entregados en la ración, obstaculizando la finalidad del programa.</p> <p>La profesional se entera de su antecedente por medio del gestor en el mes de septiembre, puesto que, la señora Yunelis Ibeth se comunicó con él, para decirle que tenía 3 días de aborto, cuando en realidad al revisar su historia clínica tenía aproximadamente un mes.</p>	
<p>SALUD</p>	<p>gestante de 24 años de edad ingresa a la modalidad de mil dias para cambiar el mundo con diagnostico de sobrepeso, segun carnet de control prenatal tuvo dos gestaciones, un aborto y un parto normal, no presenta antecedente personales o familiares, su embarazo no fue planeado,no usaba metodos anticonceptivos, se realizo el ultimo control el 01 de agosto de 2024, presentando presion arterial normal, la clasificacion de riesgo del embarazo no esta diligenciada. En el seguimiento la gestante refiere que no presentó sintomatologías como vomito, nauseas.su embarazo estaba normal. seguidamente en el mes de septiembre la usuaria informa al gestor que presento aborto. al recibir la información se procede a verificar la</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar método de planificación familiar. - Asistir al seguimiento de ginecología obstétrica. .

	<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>	
---	---	---

	<p>información solicitando historia clínica en la ESE SUROCCIDENTE ARGELIA donde se observa que: el aborto que presento fue hace dos años, el embarazo actual fue de 10.6 semanas, acudio al centro de salud por 3 dias de evolucion presentando dolor en el hipogastrio de moderada intensidad tipo colico con irradiacion a region lumbar, sangrado vaginal anormal con presencia de coagulos, refiriendo que hace 7 dias presento el mismo sangrado vaginal consultando por urgencias pero dio su firma para la salida voluntaria, tambien refiere que se tomo una ecografia trans vaginal el dia anterior dando como diagnostico aborto en curso de 6 semanas de evolucion, en este caso la entidad le sugirió asisitir al centro medico pero la usuaria no asistió en el mismo día, almomento de ingresar al centro de salud ingresa en regulares condiciones generales, algica (dolor), es remitida al Hospital San Jose con servicio de ginecologia y obstetricia, sugiriendo utilizar metodo de planificacion familiar, control con ginecología obstetrica en 7 dias.</p>	
GESTION FAMILIAR	<p>Yunelis Ibeth García Epieyu de 25 años de edad el día 18 de agosto 2024, refiere que “ingresa al hospital a sala de urgencias debido a con dolor en hipogastrio de moderada intensidad tipo cólico con irradiación a región lumbar</p>	<p>Proporcionar información sobre el proceso de duelo y recuperación</p>

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>concomitantemente a esto refiere sangrado vaginal anormal con presencia de coágulos, sin embargo refiere que hace 7 días había presentado el mismo sangrado vaginal consulto por urgencias pero firmo alta voluntaria, ahora refiere que el día de ayer se tomó ecografía transvaginal que reporta aborto en curso de 6 semanas, endometrio de 9 mm". Al momento del seguimiento Yunelis manifiesta angustia y tristeza por la pérdida de su bebé ya que ella y su compañero sentimental anhelaba que su bebe naciera, sin embargo, cuenta con el apoyo de su pareja teniendo en cuenta que está en un proceso de duelo por la pérdida de su bebé.</p>	
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Mujer con 8 semanas de gestación y 24 años de edad es ingresada a la modalidad mil días para cambiar el mundo por cumplir con los criterios de ingreso como lo es el sobrepeso para su edad gestacional con 59 kilos y 151 centímetros de estatura, hace parte de una familia nuclear, vive junto a familia en la vereda el cedro del corregimiento del sinaí, Argelia - Cauca, su lugar de residencia es familiar y actualmente el espacio donde vive cuentan con los</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hervir el agua para su consumo • Priorizar los AAVN para mujer gestante • Asistir cumplidamente a controles, vacunas y ecografías • Continuar entregando la RFPP cada mes. • Continuar con el acompañamiento familiar por parte del equipo interdisciplinario de la modalidad. • Realizar visitas domiciliarias • Asistir a los encuentros grupales • Práctica de hábitos saludables • Informar cualquier novedad respecto del embarazo



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



servicios básicos que les permiten solventar sus necesidades diarias y las de su familia.

El pasado 24 de agosto del año en curso se llevó a cabo la primera entrega de RFPP en el municipio de Argelia - Cauca, para su caso en el corregimiento el plateado, esto según cronograma de actividades de dicho mes, en el cual por cuestiones administrativas internas de ICBF, para ese entonces no se realizaron toma de medidas antropométricas por lo que se aplazaron para el mes de septiembre del mismo año, lugar al que por cuestiones de cercanía la mencionada allega a recibir las capacitaciones programadas y entregadas por el equipo interdisciplinario de la modalidad mil días en terreno al igual que la ración familiar seguido a las recomendaciones que se le entregaron para la preparación y consumo de los alimentos que conforman la ración entre otras disposiciones a tener en cuenta durante su permanencia dentro de la modalidad.

De otro lado, en la misma ocasión la usuaria manifiesta encontrarse en óptimas condiciones de salud, alude no haber podido ir a realizarse el control prenatal de ese periodo a falta de médico en la zona por lo que manifiesta hacerlo a finales de ese mismo mes.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Más tarde, en seguimiento al consumo mediante llamada telefónica efectuado el 29 de agosto, la usuaria en mención da a conocer encontrarse en su lugar de residencia por lo que le habían sugerido guardar reposo debido a su estado actual, en similar sentido refiere no haberse realizado el control prenatal prenatal ni hecho aplicar las vacunas correspondientes a la falta de afiliación a salud en el municipio de Argelia por lo que le manifiesto que lo debe de hacer en atención a que son requisitos necesarios para poder tener permanencia en la modalidad a lo que la misma refiere tener cita programada en el hospital local de argelia para el 3 de septiembre y se da por terminada la comunicación.

Del mismo modo, el día 14 y 15 de septiembre la usuaria se contactó conmigo vía WhatsApp solicitando información sobre los alimentos correspondientes a citado mes, seguido a informar que tenía 3 días de aborto, por lo que procedo a solicitarle la copia de la historia clínica a lo que ella refiere no haber tenido acceso a la misma conforme a su situación de no afiliación a salud en el municipio.

En ese orden, para el día 18 de septiembre establezco contacto con el punto de atención Argelia de la ese suroccidente donde me facilitan la historia clínica de la referida la cual instruye que la mencionada tuvo apertura



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



por urgencias desde el 18 de agosto de 2024 e indica *"PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS, G3P1A1, PERIODO INTERGENÉSICO HACE 2 AÑOS (ABORTO) DE MOMENTO CURSANDO CON EMBARAZO DE 10.6 SEMANAS POR FUM DEL 03/06/2024 ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION QUIEN INICIA CON EL DOLOR EN EL HIPOGASTRIO DE MODERADA INTENSIDAD TIPO COLICO CON IRRADIACION A REGION LUMBAR CONCOMITANTE"* sumado a lo anterior refiere sangrado vaginal con 7 dias de anterioridad a los cual pasó por urgencias pero la misma firmó alta voluntaria de salida aludiendo haberse realizado una ecografia el dia inmediatamente anterior, es decir el dia 17 de agosto en donde le informaron aborto en curso de 6 semanas.

En ese orden, es claro que la usuaria actuó de mala fe con el equipo interdiscipinario y la modalidad mil dias al ocultar su estado actual de ABORTO con un lapso de tiempo casi de un mes, esto por el simple hecho de pretender continuar recibiendo la racion de alimentos a la cual estan sujetas las gestantes por su estatus.

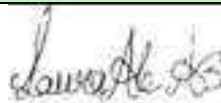
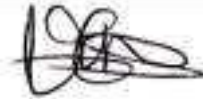


ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Siendo lo anterior el marco del presente estudio, se procede a cerrar el mismo por las razones previamente señaladas en la parte motiva del anterior precedente.

ANEXOS: historia clínica de la usuaria en cuestión.

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga Bolaños	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	CAMILO HOYOS HOYOS	

V°b° Coordinador UDS: _____



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

El día _30_ de septiembre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso ___X___ teniendo en cuenta lo siguiente: de acuerdo a la historia clínica presentada se cierra estudio de caso debido a la pérdida del bebé dando como motivo el egreso de la beneficiaria.

Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

Nombre del Beneficiario:	Andres Felipe Solarte Bolaños		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1059365668	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	La Bermeja		Municipio Residencia:	Balboa	
Fecha de Nacimiento:	25/07/2023	Edad:	15 meses	Fecha de Ingreso:	01/09/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional _X_ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	27/07/2024	7	68	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	21/09/2024	7,85	70,2	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	20/10/2024	8	71	PESO ADECUADO PARA LA TALLA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 26
 SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 10
 OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☒, Cantidad sobres entregados
 NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados
 DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Niño que ingresa al programa con un diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, con desviación estándar (DE) inicial de -1,61, no presenta ninguna patología diagnosticada, aunque la madre refiere que siempre ha sido de bajo peso. En la evaluación dietética realizada mediante el recordatorio de 24 horas y la frecuencia de consumo de alimentos, hay bajo consumo de proteínas, debido al temor de ofrecerlo, por riesgo de “posible asfixia”, además, el consumo de frutas es muy reducido, ya que no forman parte habitual de la alimentación familiar; mantiene lactancia humana total a libre demanda.</p> <p>Durante el seguimiento realizado en septiembre, hay una ganancia de peso de 850 g, desviación estándar a -1,16; la</p>	<ol style="list-style-type: none"> Entrega de RFPP mensual. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla. Toma de medidas antropométricas mensuales (peso, talla y perímetro braquial). Educación para mantener la lactancia humana hasta los 2 años o más.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



madre señala que hace aproximadamente 15 días el niño presentó inapetencia que duró 3 días, lo cual pudo haber influido en la recuperación nutricional. El niño mostró buena tolerancia al ALC, consumió los 26 sobres entregados en agosto, con el fin de seguir promoviendo el aumento de peso adecuado, se le entrega 10 sobres para el mes de septiembre y se recomienda continuar con lactancia humana total a libre demanda, junto con alimentación complementaria.

Se enfatiza a la madre la importancia de incluir proteínas en la dieta del niño, ya que son esenciales para su desarrollo y crecimiento, se dieron explicaciones detalladas sobre las diferentes texturas y formas de prepararlas, para que el niño pueda tolerarlas y aprovechar mejor sus beneficios, especialmente en la formación y reparación de los tejidos corporales, también, se explicó la importancia de las frutas, no solo por su alto contenido en vitaminas, minerales y fibra, sino también por los múltiples beneficios que ofrecen para la salud del niño y su familia, contribuyendo a fortalecer su sistema inmunológico y mejorar la digestión. Asimismo, se destacó la importancia de aprovechar los alimentos entregados en la RFPP, los cuales tienen los nutrientes necesarios para mejorar el estado nutricional del niño, la correcta inclusión de estos alimentos, combinada con una dieta variada que contenga proteínas y frutas, es

6. Hábitos de alimentación saludable en el entorno familiar.
7. Fomentar el consumo de frutas en el niño y en su familia.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	fundamental para asegurar su crecimiento óptimo y bienestar general.	
SALUD	Niño de 14 meses de edad ingresa a la modalidad de mil días para cambiar el mundo, el niño nació pretermino por cesarea en la ciudad de popaya, después de su recuperación regresa a su lugar de residencia donde a los 3 días tuvo que regresarse por que el niño se estaba tornando de color amarillo, queda hospitalizado por 8 días en neonatos, después de la hospitalización no presentó más sintomatologías que requiriera hospitalización, en la revisión del carnet de control de crecimiento y desarrollo y vacunación se encuentran al día.	<p>Durante la permanencia del programa se abarcarán las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar en las prevalencias en la primera infancia y cuando acudir a urgencias, Signos y síntomas de alarma en los niños menores de 5 años, hábitos de vida saludable - Practicar el lavado de manos adecuado - verificar periódicamente el estado de salud del niño. - Asistir a los programas de promoción y prevención (salud oral, desparasitación, vacunación, control de crecimiento y desarrollo). - Asistir a salud oral.
GESTION FAMILIAR	<p>Andrés Felipe usuario de un año y 2 meses de edad, tipología de familia extensa donde convive con sus familiares maternos.</p> <p>Se puede evidenciar desde el área de Trabajo Social, que la madre ha logrado brindar al niño Andres Felipe entornos protectores que garanticen la defensa oportuna de sus derechos como individuo. demostrando un adecuado compromiso y responsabilidad frente a las necesidades previstas por Andrés Felipe y la protección integral de sus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se continuará con visitas de seguimiento • Proporcionar un ambiente seguro • Disfrutar del tiempo de calidad con sus hijos • Continuar con las recomendaciones pactadas por cada área de profesionales de la modalidad



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



derechos cumpliendo con las respectivas solicitudes brindadas desde cada profesional de la modalidad para un adecuado bienestar y calidad de vida. La familia continúa proporcionando entornos protectores garantes de sus derechos fundamentales teniendo en cuenta sus etapas de desarrollo

Las condiciones habitacionales son adecuadas donde cuenta con los servicios básicos agua y energía al momento de los seguimientos se evidencia que el hogar se observa en adecuada higiene y aseo

Situación Socioeconómica: La familia deriva sus ingresos de la actividad económica de la madre del niño Andrés, donde ha logrado suplir y satisfacer de las necesidades básicas del hogar teniendo en cuenta que gana menos del SMMLV

La madre continúa siendo receptiva ante de las orientaciones pactadas desde cada área psicosocial, nutrición, enfermería y gestor de LA MODALIDAD 1.000 DÍAS

La madre de Felipe y su red de apoyo han sido prestas a acatar las instrucciones y recomendaciones desde cada una de las áreas de desempeño de la MODALIDAD 1.000

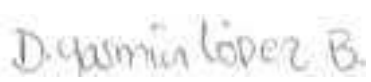


ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	DÍAS, con la finalidad de poder brindar bienestar al niño de manera oportuna.	
GESTOR COMUNITARIO	Niño de un año con 2 meses de edad que vive en la vereda La Bermeja Alta del municipio de Balboa, vive en casa familiar con su mamá. la madre se dedica en las labores del campo y del hogar la ella sostiene el hogar, con lo cual no es suficiente para comprar todos alimentos para sostener una alimentación adecuada, la madre está agradecida de que el niño esté en el programa tanto por el apoyo de los alimentos como el apoyo del equipo ya que en él necesita estas ayudas. Se recomienda hacer buen uso de la ración sobre todo el ALC para mejorar su estado nutricional, es cumplida con sus controles y vacunas. SEGUIMIENTO EN OCTUBRE	Visitas domiciliarias para capacitar a la madre. Seguimiento durante llamadas telefónicas y personal del estado de salud. Entrega de la RFPP
ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir cómo No aplica)		
ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	DENIS YASMIN LOPEZ BENAVIDES	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día _ 24 _ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso _X_ teniendo en cuenta lo siguiente: para este mes el usuario tuvo una ganancia de peso de 150 g, permitiendo así un peso adecuado para la talla, acudiente refiere buena tolerancia al ALC enviados en los anteriores meses y mantiene una alimentación donde se incluyen los alimentos entregados en la RFPP y consumo de la bienestarina, se recomienda seguir con las indicaciones dadas por el equipo interdisciplinario para mantener su estado nutricional.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

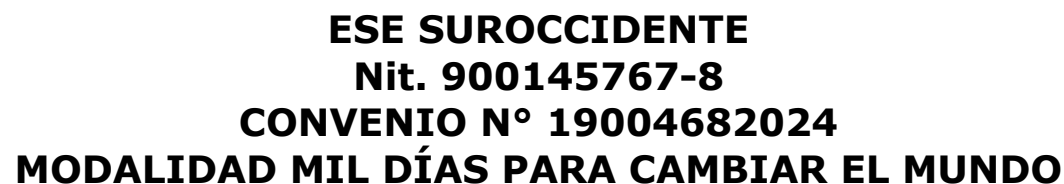


ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

Nombre del Beneficiario:	Ashly Camila Chavarria Cordoba		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1059365286	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	Libertador		Municipio Residencia:	Balboa	
Fecha de Nacimiento:	10/10/2021	Edad:	48 meses	Fecha de Ingreso:	01/08/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional X y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL				
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	26/07/2024	11,8	94,5	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	21/09/2024	12,3	94,9	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	20/10/2024	12,8	95	PESO ADECUADO PARA LA TALLA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 28
 SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 8
 OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☒, Cantidad sobres entregados
 NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados
 DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Niña que ingresa al programa con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, presentando una desviación estándar (DE) inicial de -1,77; por otra parte, madre niega que patologías de la niña; durante la anamnesis alimentaria se ha evidenciado un bajo consumo de proteínas en su dieta diaria, acompañado de un alto consumo de alimentos ultra procesados, como productos empaquetados, dulces y embutidos, alimentos ricos en azúcares y sodio, lo que indica una alimentación desequilibrada y con riesgos potenciales para su salud a medio y largo plazo.</p> <p>En el seguimiento realizado en septiembre, hay una ganancia de peso de 500 g, con desviación estándar a -1,37, la madre informó que durante los primeros 2 días tras</p>	<ol style="list-style-type: none"> Entrega de RFPP mensual. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla. Toma de medidas antropométricas mensuales (peso, talla y perímetro braquial). Educación para disminuir el consumo de alimentos con alto aporte de azúcar y sodio.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>el inicio del consumo de ALC, la niña presentó episodios de diarrea, aunque sin otros síntomas gastrointestinales relevantes en los días siguientes. A lo largo del mes de agosto, se entregaron un total de 28 sobres de ALC, fueron consumidos en su totalidad. Se hizo una nueva entrega de ALC para el mes de septiembre con el objetivo de seguir mejorando el estado nutricional de la paciente, se reitera a la madre la importancia de seguir las indicaciones para un consumo adecuado del ALC, asegurando que este aporte nutricional se integre de manera correcta en la alimentación diaria de la niña con los alimentos entregados en la RFPP. Además, se hace énfasis especial en la reducción del consumo de alimentos altos en azúcares y sodio, ya que pueden generar complicaciones de salud, como problemas metabólicos, hipertensión o caries.</p> <p>Por último, se insiste en la importancia de diversificar su dieta para garantizar una recuperación nutricional adecuada. Es esencial incluir en su alimentación frutas, verduras, carbohidratos complejos (como arroz, avena o leguminosas) y fuentes de proteína (como carnes, pollo o huevos). Estos alimentos ayudarán a mejorar su estado nutricional y promoverán un crecimiento y desarrollo saludable a largo plazo.</p>	<p>6. Hábitos de alimentación saludable en el entorno familiar.</p>
SALUD		

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Al momento de la caracterización familiar se evidencia que la tipología familiar de Ashy es extensa conformada por 6 integrantes en el hogar, se puede evidenciar desde el área de Trabajo Social, la familia ha cumplido a cabalidad con los derechos con los que cuenta Ashy de manera oportuna, asistiendo a los controles y seguimientos médicos que requiere la niña teniendo en cuenta sus etapas de desarrollo se evidencia que la madre ha demostrado un adecuado compromiso y responsabilidad frente a las necesidades previstas por la niña y la protección integral de sus derechos como individuo, cumpliendo con las respectivas solicitudes brindadas desde cada área para un adecuado bienestar y calidad de vida. La red de apoyo continúa proporcionando entornos protectores garantes de sus derechos fundamentales.</p> <p>Las condiciones habitacionales son adecuadas donde cuenta con los servicios básicos agua y energía la construcción es el cemento, techo piso en cerámica sala comedor, cocina, baño y patio de ropa consta de 4 habitaciones al momento de los seguimientos se evidencia que el hogar se observa en adecuada higiene y aseo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • proporcionar un ambiente seguro • Establecer rutinas y horarios • Disfrutar del tiempo de calidad para Ashy • Continuar con las recomendaciones pactadas por cada área de profesionales de la modalidad Nutrición, enfermería, gestor y trabajadora social
--------------------------------	--	---

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>Situación Socioeconómica: La familia deriva sus ingresos de la actividad económica de 3 integrantes del hogar lo que les permite suplir las necesidades básicas del hogar</p> <p>La madre continúa siendo receptiva ante de las orientaciones pactadas desde cada área psicosocial, nutrición, enfermería y gestor de LA MODALIDAD 1.000 DÍAS</p>	
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Niña de dos años con 11 meses de edad que vive en el barrio Libertad del municipio de Balboa, vive en casa familiar con su mamá y tía, la madre se dedica en las labores del hogar, el abuelo y abuela sostiene el hogar, con lo cual no es suficiente para comprar todos alimentos para sostener una alimentación adecuada, los abuelos están agradecidos de que ella esté en el programa tanto por el apoyo de los alimentos como el apoyo del equipo ya que en ella se necesita estas ayudas porque ayudan a la economía del hogar. Se recomienda hacer buen uso de la ración sobre todo el ALC para mejorar su estado nutricional, es cumplida con sus controles y vacunas.</p> <p>SEGUIMIENTO EN OCTUBRE</p>	<p>Visitas domiciliarias para capacitar a la madre. Seguimiento durante llamadas telefónicas y personal del estado de salud. Entrega de la RFPP</p>

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ELABORADO POR

	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba	
GESTOR COMUNITARIO	DENIS YASMIN LOPEZ BENAVIDES	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día _24_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso __X__ teniendo en cuenta lo siguiente: para este mes la usuaria tuvo una ganancia de peso de 500 g, permitiendo así un peso adecuado para la talla, acudiente refiere buena tolerancia al ALC enviados en los anteriores meses y mantiene una alimentación donde se incluyen los alimentos entregados en la RFPP y consumo de la bienestarina, se recomienda seguir con las indicaciones dadas por el equipo interdisciplinario para mantener su estado nutricional.

Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCION
NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO





ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

Nombre del Beneficiario:	Cloe Celeste Gomez Murcia		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1109577784	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	Belén		Municipio Residencia:	Balboa	
Fecha de Nacimiento:	4/09/2023	Edad:	13 meses	Fecha de Ingreso:	01/08/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional ☒ X y/u otra condición ☒ X (cuál?) Condición clínica, patologías de base _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	27/07/2024	6,2	66	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	21/09/2024	7	68,5	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	20/10/2024	7,25	68,7	PESO ADECUADO PARA LA TALLA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 28
SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 15
OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☒, Cantidad sobres entregados
NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados
DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	Niña que ingresa al programa con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, presentando una desviación estándar (DE) de -1,86, la niña nació a término, pero debido a complicaciones de salud posteriores, ha requerido intervenciones significativas que afectan su estado nutricional actual, ella tiene una gastrostomía debido a una cirugía de un drenaje venoso pulmonar anómalo total supracardiaco, que se le realizó el 4 de septiembre de 2023, según refiere la madre, tras la operación, la niña estuvo intubada durante aproximadamente 2 meses, en los cuales fue alimentada exclusivamente por soporte enteral a través de una sonda nasogástrica. Una vez superada la fase crítica, se intentó reintroducir la alimentación por vía oral, pero la paciente mostró rechazo, debido al riesgo de pérdida	<ol style="list-style-type: none">1. Entrega de RFPP mensual.2. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración.3. Seguimiento de la tolerancia vía oral, según indicaciones de fonoaudiología4. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla.5. Toma de medidas antropométricas mensuales (peso, talla y perímetro braquial).



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



de peso excesiva y la dificultad para alimentar por vía oral, los médicos optaron por colocar gastrostomía, a través de la cual ha continuado recibiendo soporte, la niña ha estado recibiendo también terapias de fonoaudiología, enfocado en ayudarla a recuperar la tolerancia a la alimentación por vía oral, sin embargo, la madre menciona que los días en que la niña no recibe alimentos por vía oral, le suministra INFATRINI a través de la gastrostomía para asegurar el aporte nutricional necesario. Debido a la condición de salud de la niña y las complicaciones postquirúrgicas, no fue posible ofrecer lactancia humana exclusiva y total.

En el seguimiento realizado en septiembre, se observó una ganancia de 800 g, con desviación estándar a -1,29, esto refleja una mejoría moderada en su estado nutricional en comparación con la evaluación inicial. La madre informó que la niña mostró buena tolerancia al ALC suministrado en agosto, con un total de 28 sobres, lo que pudo contribuir a la ganancia de peso registrada, no obstante, aproximadamente 15 días antes de la visita de seguimiento, la niña presentó un cuadro de fiebre alta e inapetencia, lo que generó su hospitalización, en este período, la madre decidió administrar únicamente INFATRINI por la gastrostomía, lo que resultó en una disminución de la ingesta por vía oral; una vez recuperada del episodio febril, la niña continuó mostrando rechazo a la alimentación oral,

6. Acompañamiento en la higiene de la ostomía.
7. Educación para fortalecer la alimentación, por vía oral, con diferentes texturas y alimentos.
8. Hábitos de alimentación saludable en el entorno familiar.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>lo que ocasionó la pérdida del peso previamente ganado. Por este motivo, se enfatiza la necesidad de seguir las recomendaciones de fonoaudiología para estimular y recuperar la tolerancia vía oral.</p> <p>Por otra parte, para el mes de septiembre, se realizó la entrega de 15 sobres de ALC, se explicó a la madre que este producto debe ser administrado exclusivamente por vía oral, acompañado de abundante agua, con el objetivo de mejorar el estado nutricional de la niña. Además, se proporcionaron indicaciones claras sobre la higiene adecuada de la gastrostomía, con el fin de prevenir infecciones y enfermedades diarreicas agudas (EDA), que podrían agravar el estado de la paciente; también se educó sobre la importancia de ofrecer a la niña nuevos alimentos conforme a su tolerancia, permitiendo que los toque y explore sus texturas. Esto ayudará a que la menor asocie positivamente la alimentación por vía oral y de manera gradual se reintroduzcan alimentos más variados y de consistencias apropiadas.</p>	
SALUD	<p>niña de 11 meses de edad ingresa a la modalidad de mil días para cambiar el mundo con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, nace a las 37 semanas de gestación por parto normal en el Hospital San José de Popayán, fue remitida desde el hospital por sospechas de ecocardiografía</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientar a la familia sobre: Signos y síntomas de alarma en los niños menores de 5 años, enfermedades prevalentes de la primera infancia, prevención de accidentes, hábitos de vida saludable, práctica adecuada de lavado de manos - Asistir a Control de crecimiento y desarrollo y vacunación.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



de drenaje al Hospital Valle de Lili del Valle del Cauca, se realizó ecocardiograma donde se encuentra que presenta conexión venosa anómala pulmonar total supracardiaca obstructiva en el paso por el bronquio y rama pulmonar llegando a la innominada con comunicación interauricular amplia con cortocircuito de derecha a izquierda, por tal motivo fue llevada a cirugía cardiovascular indicando corrección quirúrgica emergente. terminada la cirugía pasa a hospitalización en UCI (unidad de cuidados intensivos, estuvo entubada por 2 meses y durante ese tiempo recibió alimentación por sonda nasal, para poder alimentarla se insistió de todas las maneras posibles para que la niña pudiera recibir alimentación pero no se obtuvo una respuesta positiva, debido a esto los médicos tratantes informan a la madre que la única manera de que la niña pudiera salir del hospital y ganar peso sin perder el proceso de recuperación sería realizar gastrostomía, realizado este proceso la madre puede llevar a su hija a su lugar de residencia. seguidamente la niña presentó convulsiones por lo que se diagnosticó epilepsia. en el momento tiene seguimiento con cardiología cada 6 meses, de manera mensual en el centro de salud de Balboa y quincenalmente con fonoaudiología.

En la visitas de seguimiento se ha observado que la niña es activa y demuestra destrezas en su desarrollo psicomotor,

- Practicar lavado de manos.
- asistir oportunamente a los seguimientos con los especialistas en salud.
- informar de manera oportuna las acciones que se realizarán en el área de salud.
- informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a remisiones ordenes de apoyo, citas médicas y medicamentos para realizar la respectiva articulación con los entes según su competencia.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>cuenta con las vacunas y control de crecimiento y desarrollo al día.</p>	
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Dinámica Familiar Monoparental: Cloe Celeste cuenta con 1 año de edad, actualmente vive con su progenitora la señora Erika Lucero y su hermano Jhoft Bravo de 9 años de edad.</p> <p>La madre y su red de apoyo han brindado a Cloe espacios y entornos protectores que garanticen su derecho a la protección y en los cuales prevalezca su bienestar como individuo y se propende por brindar espacios afectivos en que le permitan mejores aprendizajes y reacciones hacia la vida.</p> <p>En cuanto al padre biológico de Cloe por situaciones laborales no convive en el hogar sin embargo es la persona que aporta económicamente donde sule las necesidades básicas que requieren en el hogar</p> <p>La madre de Cloe manifiesta que se siente acompañada dentro de los procesos correspondientes a la usuaria por parte del equipo de trabajo de la modalidad quienes están prestos a colaborar en</p>	<p>- DÍAS</p> <p>Seguimientos por parte del equipo de la modalidad 1.000</p> <p>- Fortalecimiento de la resiliencia Familiar</p>



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	cualquier necesidad requerida por la madre de ella en pro del bienestar de Cloe Celeste	
GESTOR COMUNITARIO	Niña de un año de edad que vive en el barrio Belén del municipio de Balboa, vive con su mamá y hermano en casa de arriendo la madre se dedica en las labores del hogar, el padre sostiene el hogar, con lo cual no es suficiente para comprar todos alimentos para sostener una alimentación adecuada, los padres están agradecidos de que ella esté en el programa tanto por el apoyo de los alimentos como el apoyo del equipo ya que en ella se necesita estas ayudas por los gastos que tiene con la niña (citas médicas, controles, medicamentos y entre otros) la niña tuvo una cirugía de gastrostomía realizada a los dos mese de nacida. Se recomienda hacer buen uso de la ración sobre todo el ALC para mejorar su estado nutricional, es cumplida con sus controles y vacunas. SEGUIMIENTO EN OCTUBRE	Visitas domiciliarias para capacitar a la madre. Seguimiento durante llamadas telefónicas del estado de salud. Entrega de la RFPP Acompañamiento con el equipo interdisciplinario para que capacite, y ayudar a realizar gestiones con la IPS

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	DENIS YASMIN LOPEZ BENAVIDES	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día __ 24 __ de __ octubre __ del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso _____ teniendo en cuenta lo siguiente:

en seguimiento realizado

Replantear las acciones __X__ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>En el mes de octubre, la usuaria presentó una ganancia de peso de 250 g, con diagnóstico de peso adecuado para la talla, este aumento, aunque leve, puede indicar una respuesta positiva a su recuperación nutricional. La madre menciona que la niña ha tolerado el (ALC) administrado por vía oral. Sin embargo, ha enfrentado dificultades para administrar debido al sabor.</p> <p>Además, aunque la usuaria ya tiene capacidad para recibir alimentación por vía oral, también se le continúa suministrando la fórmula INFATRINI a través de gastrostomía. En el mes de octubre, desde su EPS se le entregaron 21 tarros, que fueron gestionados por la Secretaría de Salud municipal, puesto que esta fórmula es fundamental para mantener el estado nutricional y de la salud de la usuaria.</p> <p>Se hicieron recomendaciones específicas a la madre para asegurar el aprovechamiento óptimo de los alimentos proporcionados en la RFPP y para el cuidado adecuado de la ostomía de la niña, lo cual es crucial para prevenir complicaciones.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Entrega de RFPP mensual.2. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración.3. Seguimiento de la tolerancia vía oral, según indicaciones de fonoaudiología4. Toma de medidas antropométricas mensuales (peso, talla y perímetro braquial).5. Educación para fortalecer la alimentación, por vía oral, con diferentes texturas y alimentos.6. Hábitos de alimentación saludable en el entorno familiar.

	<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>	
---	---	---

<p>SALUD</p>	<p>en el seguimiento se encuentra a la niña en buenas condiciones de salud, madre refiere que no ha presentado signos o síntomas de alarma, según reportes de salud el 21 de octubre de 2024 en el centro pediátrico y cardiológico, se realizó procedimientos de control de seguimiento por especialista en cardiología pediátrica, electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD por cardiología pediátrica, ecocardiograma transtoracico, electrocardiografía dinámica de 24 HS (Holter), de acuerdo a estos procedimientos no necesita medicamentos, no tiene restricciones, no necesita profilaxis de endocarditis (administración de antibióticos), se requiere control con electrocardiograma pediátrico para descartar pre excitaciones, Holter cardiaco pediátrico para descartar taquiarritmias, ecocardiograma pediátrico y consulta de control con cardiología pediátrica en 6 meses (abril 2025) para ver evolución de la CIA OS (comunicación interauricular)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre la prevención de accidentes, estimulación sensorial, prevención de accidentes. - dar soportes de la asistencia a los seguimientos realizados.
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Durante el seguimiento del mes de octubre, se logra evidenciar que la niña Cloe se ha mantenido estable a nivel de salud, continúa con buena dinámica familiar donde le brindan entornos protectores garantes de</p>	<p>Continuar con el fortalecimiento de los vínculos afectivos</p>



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	sus derechos los cuales le permiten mantenerse estable en su desarrollo y crecimiento	
GESTOR COMUNITARIO	Se realizó el seguimiento a través de vía telefónica el 1 de octubre donde se explica que se debe almacenar bien los alimentos, madre manifiesta que no ha sido posible recibir la leche de fórmula de la menor. En compañía de la madre nos dirigimos a la Secretaría de Salud para exponer el caso de la menor que no ha sido posible que le suministre por parte de la entidad que entrega la leche. dando a conocer el caso ante la Secretaria de Salud se obtiene un buen resultado y al momento la niña cuenta con la leche para su alimentacion . El día 09 de octubre se realiza visita en casa de habitación se le da a conocer hábitos saludables, donde se recomienda comer con frecuencia frutas y verduras.	Acompañamiento con el equipo interdisciplinario para que capacite Visitas domiciliarias para capacitar a la madre Seguimiento durante llamadas telefónicas del estado de salud. Entrega de la RFPP Ayudar a gestionar citas médicas
ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

Nombre del Beneficiario:	Deicy Yorely Diaz Gomez		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Cédula de ciudadanía		Número de Documento:	1002836621	
Dirección Beneficiario:	Fatima		Municipio:	Balboa	
Fecha de Nacimiento:	20/09/2003	Edad:	21 años	Fecha de Ingreso:	01/08/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	27/07/2024	50	170	17,3	19,6	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
2	21/09/2024	57,3	170	19,8	30	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
3	20/10/2024	58,7	170	20,3	34	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>Mujer gestante que ingresa al programa con diagnóstico nutricional de bajo peso para la edad gestacional, durante el diligenciamiento del formato de intervención individual nutricional refiere haber experimentado síntomas gastrointestinales, con una prevalencia notable de episodios constantes de diarrea durante el primer mes de gestación, síntoma común en algunas gestantes, esto puede afectar en la absorción de nutrientes. Al realizar el recordatorio de 24 horas y la anamnesis alimentaria, se evidencia un bajo consumo de proteínas, omega 3, lácteos y derivados. Estos grupos alimenticios son esenciales para el adecuado desarrollo del feto y para la salud de la madre, ya que aportan nutrientes críticos como aminoácidos, ácidos grasos esenciales y calcio.</p> <p>En el seguimiento realizado en septiembre, se reporta una ganancia de peso de 7.300 gramos en un periodo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega mensual de RFPP 2. Importancia de aprovechar todos los alimentos entregados en la ración mensual. 3. Educación acerca de la importancia de una alimentación saludable en periodo de gestación. 4. Informar a la mujer gestante sobre la práctica de lactancia humana exclusiva y total hasta los 2 años o más.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>aproximado de 9 semanas, lo que representa un incremento promedio de 811 gramos por semana, aunque esta ganancia está por encima de lo esperado según los parámetros establecidos por la Resolución 2465 de 2016, la usuaria aún mantiene el diagnóstico nutricional inicial. Es importante tener en cuenta que la paciente refiere tener una estructura ectomorfa, caracterizada por una constitución corporal delgada con dificultad para ganar masa, además su estatura está por encima del promedio, lo cual podría influir en la percepción y manejo de su peso.</p> <p>Es crucial que se sigan brindando indicaciones nutricionales adaptadas a su situación, con el objetivo de mejorar tanto su estado nutricional como el de su bebé. Se recomienda incrementar el consumo de proteínas, como carnes magras, pescado, huevos y leguminosas, así como alimentos ricos en omega-3, como pescados grasos, aguacate y semillas de chía. Del mismo modo, es esencial incorporar productos lácteos y derivados, o alternativas fortificadas, para garantizar un adecuado aporte de calcio y vitamina D, esenciales para la formación ósea del feto y la salud ósea de la madre.</p>	
SALUD	<p>Se presenta una gestante de 21 años de edad, quien ingresa a la modalidad de mil días con un diagnóstico nutricional de bajo peso para la edad gestacional. Según su</p>	<p>- Orientar sobre signos de peligro en el embarazo, importancia de la lactancia humana, estimulación sensorial, lavado de manos.</p>



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>control prenatal, se trata de su primer embarazo; aunque utilizaba métodos anticonceptivos, este embarazo no fue planeado. No presenta antecedentes familiares ni personales relevantes, se ha realizado 5 controles prenatales donde se evidencia que la presión arterial ha sido normal. Durante el inicio de la gestación, la paciente reportó náuseas no constantes, en el segundo mes de embarazo presento amenaza de aborto como sangrado, asistió al médico el cual estuvo con seguimiento periódicamente, así como también las ecografías realizadas son con más frecuencia y hasta la fecha se ha realizado 4 mostrando que el bebé se encuentra estable. Actualmente, está asistiendo de manera oportuna a sus controles prenatales, vacunaciones, exámenes médicos y ecografías, y se encuentra tomando los micronutrientes recomendados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir oportunamente a exámenes médicos, control prenatal y ecografías. - Brindar lactancia humana en la primera hora de nacimiento del bebé. - Iniciar estimulación de los pezones antes de tener el bebé - practicar un adecuado lavado de manos. - Identificar cuáles son los signos de peligro durante el embarazo. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso.
GESTION FAMILIAR	<p>Usaria en periodo de gestación con 21 años de edad actualmente se encuentra al día con sus controles médicos teniendo en cuenta su estado de salud. Continúa con las recomendaciones médicas.</p> <p>Al momento de la caracterización se evidencia que la señora Deisy pertenece a una tipología familiar extensa conformada por su compañero sentimental y familiares, donde le garantizan los cuidados que requiere, en cuanto a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimientos • Garantizar la salud y bienestar de la madre y el bebé • Continuar con las recomendaciones pactadas por cada área de profesionales de la modalidad nutrición, salud, trabajo social y gestor



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



su relación con su compañero es estable adecuada donde hay lazos de afecto, amor y responsabilidad juntos desean ver realizados sus proyectos de vida en pro del bienestar del bebé que esperan

Las condiciones habitacionales son adecuadas donde cuenta con los servicios básicos agua y energía la construcción es el cemento, techo piso en cerámica sala comedor, cocina, baño y patio de ropa consta de 4 habitaciones al momento de los seguimientos se evidencia que el hogar se observa en adecuada higiene y aseo

Situación Socioeconómica: Deisy deriva sus ingresos de la actividad económica de su compañero sentimental lo que le permite tener una calidad de vida y satisfacción de las necesidades básicas teniendo en cuenta que su pareja gana menos del salario mínimo

Durante el seguimiento del mes de octubre se observa a la usuaria estable sin ningún inconveniente a nivel de salud, en cuanto a la dinámica familiar la usuaria cuenta con buena red de apoyo quien es el esposo y los padres de la usuaria lo que le permite continuar con su periodo gestacional .



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

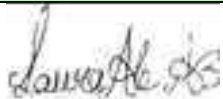


	Las condiciones habitacionales continúan siendo adecuadas donde se observa limpia y ordenada, cuenta con los servicios básicos lo que le permita a Deicy una calidad de vida	
GESTOR COMUNITARIO	<p>Gestante de 21 años de edad que vive en el barrio Fátima del municipio de Balboa vive en casa propia recibe el apoyo de su compañero la familia se dedica en labores agrícolas del campo, el compañero sostiene el hogar con lo cual no es suficiente para la compra de todos los alimentos para sostener una alimentación adecuada, el compañero y ella están muy agradecidos de que ella esté en el programa tanto por el apoyo como el apoyo del equipo ya es el primer hijo y necesita capacitación en diferentes temas, la gestante en el primer trimestre tuvo una amenaza de aborto. lleva las recomendaciones del médico y sugerencias dadas por el programa, se recomienda hacer un buen uso de la ración sobre todo de la bienestarina para mejorar su estado nutricional. Es cumplida con los controles y vacunas.</p> <p>SEGUIMIENTO EN OCTUBRE</p>	<p>Visitas domiciliarias para capacitar a la madre. Seguimiento durante llamadas telefónicas y personal del estado de salud. Entrega de la RFPP</p>
ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)		



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	DENIS YASMIN LOPEZ BENAVIDES	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE

El día _ 24 _ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



Cerrar estudio de caso _____ teniendo en cuenta lo siguiente:

Replantear las acciones __X__ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>En el seguimiento realizado en octubre, se reportó una ganancia de peso de 1,400 g en un periodo aproximado de 4 semanas, lo que equivale a un incremento promedio de 350 g por semana, este aumento se encuentra por debajo del peso esperado según los parámetros establecidos en la Resolución 2465 de 2016. Actualmente, la usuaria mantiene su diagnóstico nutricional inicial y hasta la fecha no presenta signos de hiperémesis ni complicaciones de salud asociadas a su bajo peso.</p> <p>Con el objetivo de mejorar su estado nutricional, se han proporcionado recomendaciones nutricionales específicas, enfocadas en la incorporación de alimentos que le ofrezcan un aporte energético adecuado, se sugiere aumentar el consumo de alimentos ricos en carbohidratos complejos, como la avena, la quinua, el arroz, la harina y la pasta, los</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Entrega mensual de RFPP2. Importancia de aprovechar todos los alimentos entregados en la ración mensual.3. Educación acerca de la importancia de una alimentación saludable en periodo de gestación.4. Informar a la mujer gestante sobre la práctica de lactancia humana exclusiva y total hasta los 2 años o más.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	cuales son esenciales para cubrir sus necesidades energéticas diarias. Además, se recomienda acompañar estos alimentos con fuentes de proteínas y grasas saludables para optimizar la absorción de nutrientes y promover un aumento de peso saludable y sostenido.	
SALUD	En el seguimiento realizado se evidencia que la gestante se encuentra bien de salud, no ha presentado patologías o signos de peligro, continúa asistiendo oportunamente a control prenatal, tiene las vacunas, exámenes médicos y ecografías al día. No se observan entornos de riesgo para su gestación.	<ul style="list-style-type: none"> - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso. - Asistir oportunamente a exámenes médicos, control prenatal y ecografías. - Orientar sobre estimulación perinatal.
GESTION FAMILIAR	<p>Durante el seguimiento del mes de octubre se observa a la usuaria estable sin ningún inconveniente a nivel de salud, en cuanto a la dinámica familiar la usuaria cuenta con buena red de apoyo quien es el esposo y los padres de la usuaria lo que le permite continuar con su periodo gestacional .</p> <p>Las condiciones habitacionales continúan siendo adecuadas donde se observa limpia y ordenada, cuenta</p>	<p>Continuar con debidas atenciones medicas</p> <p>Informar si presenta complicaciones a nivel salud</p> <p>Continuar fortaleciendo vínculos afectivos</p>



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	con los servicios básicos lo que le permita a Deicy una calidad de vida	
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

Nombre del Beneficiario:	Samara Higidio Alemesa		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1107541052	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	La paz		Municipio Residencia:	Mercaderes	
Fecha de Nacimiento:	23/10/2022	Edad:	24 meses	Fecha de Ingreso:	01/08/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional _X_ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	23/07/2024	8,2	78	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA

ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

2	21/09/2024	8,7	80	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	20/10/2024	8,9	80	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA

AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 28

SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 20

OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 15

NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	Niña ingresa a la modalidad con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, la usuaria tiene antecedentes de prematuridad, nació a las 29 semanas; para el mes de agosto, la edad corregida de la niña era de 1 año y 7	1. Entrega de RFPP mensual.

<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>		
---	--	--

	<p>meses, con una desviación estándar (DE) de -1,94. En el recordatorio de 24 horas y frecuencia de consumo de alimentos, se identificó un bajo consumo de proteínas, la dieta familiar no cubría los requerimientos nutricionales necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo de la menor, también se identificó que la madre, por temor a que la niña no tolerará ciertos alimentos, no había variado las texturas, manteniendo una alimentación con texturas inadecuadas para su edad, entonces se educó enfatizando en la importancia de introducir de manera gradual alimentos con texturas más grandes y duras.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración. 3. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla. 4. Toma de medidas antropométricas mensuales (peso, talla y perímetro braquial) 5. Acompañamiento familiar para mejorar la alimentación de la usuaria. 6. Realizar educación sobre el lavado de manos y desinfección de alimentos antes de su consumo, para evitar episodios de EDA.
	<p>Por otra parte, la madre refirió que no pudo ofrecer lactancia humana en la primera hora de vida debido a que nació con asfixia perinatal, lo que requirió intubación durante 2 días, no obstante, tras superar esta situación inicial, la madre inició y mantuvo la práctica de la lactancia humana.</p>	
	<p>En el seguimiento realizado en septiembre, hay una ganancia de 500 g, con una desviación estándar a -1,70, reflejando una leve mejora en su estado nutricional,</p>	

	<p>ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	--

	<table border="1"><tr><td></td><td><p>aunque aún persiste el diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda. A esta fecha, su edad corregida era de 1 año y 8 meses.</p></td><td></td></tr></table>		<p>aunque aún persiste el diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda. A esta fecha, su edad corregida era de 1 año y 8 meses.</p>		
	<p>aunque aún persiste el diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda. A esta fecha, su edad corregida era de 1 año y 8 meses.</p>				

	<table border="1"><tr><td></td><td><p>La madre señaló avances significativos en el desarrollo motriz de la niña, destacando que “ya ha comenzado a dar sus primeros pasos”, algo que no hacía anteriormente. Además, refiere que la niña ha consumido en su totalidad los 28 sobres de ALC, para el mes de septiembre se entregaron 20 sobres. Durante el seguimiento, se explicó a la madre que el ALC no sustituye las comidas principales, por ende, se debe priorizar los alimentos entregados en la RFPP, para asegurar un aporte nutricional equilibrado. Cabe resaltar que, dado su antecedente de prematurez, es esperable que el crecimiento y desarrollo de la niña no siga el mismo ritmo que el de los niños nacidos a término, sin embargo, con una alimentación balanceada y adecuada a sus necesidades, es posible seguir mejorando su estado nutricional.</p></td><td></td></tr></table>		<p>La madre señaló avances significativos en el desarrollo motriz de la niña, destacando que “ya ha comenzado a dar sus primeros pasos”, algo que no hacía anteriormente. Además, refiere que la niña ha consumido en su totalidad los 28 sobres de ALC, para el mes de septiembre se entregaron 20 sobres. Durante el seguimiento, se explicó a la madre que el ALC no sustituye las comidas principales, por ende, se debe priorizar los alimentos entregados en la RFPP, para asegurar un aporte nutricional equilibrado. Cabe resaltar que, dado su antecedente de prematurez, es esperable que el crecimiento y desarrollo de la niña no siga el mismo ritmo que el de los niños nacidos a término, sin embargo, con una alimentación balanceada y adecuada a sus necesidades, es posible seguir mejorando su estado nutricional.</p>		
	<p>La madre señaló avances significativos en el desarrollo motriz de la niña, destacando que “ya ha comenzado a dar sus primeros pasos”, algo que no hacía anteriormente. Además, refiere que la niña ha consumido en su totalidad los 28 sobres de ALC, para el mes de septiembre se entregaron 20 sobres. Durante el seguimiento, se explicó a la madre que el ALC no sustituye las comidas principales, por ende, se debe priorizar los alimentos entregados en la RFPP, para asegurar un aporte nutricional equilibrado. Cabe resaltar que, dado su antecedente de prematurez, es esperable que el crecimiento y desarrollo de la niña no siga el mismo ritmo que el de los niños nacidos a término, sin embargo, con una alimentación balanceada y adecuada a sus necesidades, es posible seguir mejorando su estado nutricional.</p>				

	<p align="center">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	--

<p>SALUD</p>	<p>Niña de 1 año ingresa a la modalidad de mil días con riesgo de desnutrición aguda, durante el embarazo la madre presentó preeclampsia severa, presentó pérdida de líquido. la madre estuvo hospitalizada en la clínica versalles del norte en la ciudad de cali por 2 semanas, a las 29 semanas tuvo el parto inducido por cesárea, durante este tiempo la niña presentó asfixia perinatal donde hubo necesidad de intubación por 2 días, seguidamente la niña pasó a estar hospitalizada en incubadora por 1 mes y medio, en este tiempo después de la intubación la madre pudo brindar lactancia humana y hasta el momento continúa con la lactancia.</p>	<p>Durante la permanencia del programa se abarcaran las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar en los cuidados de las enfermedades prevalentes en la primera infancia, Signos y síntomas de alarma en los niños menores de 5 años, hábitos de vida saludable. lavado de manos adecuado - Practicar en conjunto con la familia el lavado de manos adecuado. - Asistir a los seguimientos de salud con el especialista estipulado en el área de salud. - Verificar periódicamente el estado de salud de la niña. - Asistir a los programas de promoción y prevención (salud oral, desparasitación, vacunación, control de crecimiento y desarrollo). - Realizar estimulación sensorial en casa para mejorar su desarrollo psicomotor. - informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso.
---------------------	--	--

ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

GESTION FAMILIAR

Samara Higidio de 1 año ingresa a la modalidad de mil DIAS, dinámica familiar es extensa la cual está conformada por la señora Jenny Alemesa, Laura Gonzales, Willian Gózales, Paulina Gómez, Luciana Gómez y Jenny, quien es la madre de Samara.

Al momento del seguimiento la madre de Samara refiere “mi hija es producto de un abuso sexual” al momento de indagar manifiesta que no le gusta hablar del tema porque le traen malos recuerdos teniendo en cuenta la situación que le sucedió “. Se evidencia que en el hogar Samara les garantizan su derecho a la protección y en los cuales prevalezca su bienestar como individuo y se propenda por brindar espacios afectivos en que le permitan mejores aprendizajes hacia la vida, durante los seguimientos en el hogar la señora Jenny se observa tranquila orientada en

Visitas domiciliarias de seguimiento
Fortalecer vínculos afectivos entre madre e hija
Conocer las rutas de atención
Buscar apoyo emocional cuando se haga necesario

	<p>ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	--

	<table border="1"><tr><td></td><td><p>tiempo y lugar donde su comunicación es muy poca, pero responde a las preguntas que se realizan dando una respuesta asertiva y coherente. Se evidencia a Samara con adecuadas pautas de aseo e higiene lo que le permite gozar de calidad de vida.</p></td><td></td></tr></table>		<p>tiempo y lugar donde su comunicación es muy poca, pero responde a las preguntas que se realizan dando una respuesta asertiva y coherente. Se evidencia a Samara con adecuadas pautas de aseo e higiene lo que le permite gozar de calidad de vida.</p>		
	<p>tiempo y lugar donde su comunicación es muy poca, pero responde a las preguntas que se realizan dando una respuesta asertiva y coherente. Se evidencia a Samara con adecuadas pautas de aseo e higiene lo que le permite gozar de calidad de vida.</p>				

	<table border="1"><tr><td></td><td><p>Situación Económica: La familia deriva sus ingresos de la actividad económica de la abuela de Samara lo que les permite suplir las necesidades básicas del hogar.</p></td><td></td></tr></table>		<p>Situación Económica: La familia deriva sus ingresos de la actividad económica de la abuela de Samara lo que les permite suplir las necesidades básicas del hogar.</p>		
	<p>Situación Económica: La familia deriva sus ingresos de la actividad económica de la abuela de Samara lo que les permite suplir las necesidades básicas del hogar.</p>				

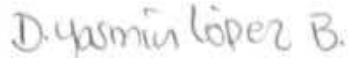
	<table border="1"><tr><td></td><td><p>En el seguimiento realizado en el mes de agosto la madre de Samara da a conocer que actualmente tiene una relación sentimental la cual le ha ayudado a mejorar su autoestima y a fortalecer su proyecto de vida teniendo en cuenta que hay respeto hacia ella y para Samara</p></td><td></td></tr></table>		<p>En el seguimiento realizado en el mes de agosto la madre de Samara da a conocer que actualmente tiene una relación sentimental la cual le ha ayudado a mejorar su autoestima y a fortalecer su proyecto de vida teniendo en cuenta que hay respeto hacia ella y para Samara</p>		
	<p>En el seguimiento realizado en el mes de agosto la madre de Samara da a conocer que actualmente tiene una relación sentimental la cual le ha ayudado a mejorar su autoestima y a fortalecer su proyecto de vida teniendo en cuenta que hay respeto hacia ella y para Samara</p>				

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
--	---	--

GESTOR COMUNITARIO	<p>Niña de un año con 11 meses de edad que vive en el barrio La Paz del municipio de Mercaderes, vive con su mamá en casa de arriendo la madre se dedica en las labores del hogar, la abuela de la menor sostiene el hogar, con lo cual no es suficiente para comprar todos alimentos para sostener una alimentación adecuada, los padres están agradecidos de que ella esté en el programa tanto por el apoyo de los alimentos como el apoyo del equipo ya que en ella se necesita estas ayudas por los gastos que tiene con la niña (citas médicas, controles, medicamentos y entre otros) . Se recomienda hacer buen uso de la ración sobre todo el ALC para mejorar su estado nutricional, es cumplida con sus controles y vacunas.</p>	<p>Acompañamiento con el equipo interdisciplinario para que capacite Visitas domiciliarias para capacitar a la madre Seguimiento durante llamadas telefónicas del estado de salud. Entrega de la RFPP</p>

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir cómo No aplica)

ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	DENIS YASMIN LOPEZ BENAVIDES	

V°b° Coordinador UDS: _____

ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día _24_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso _____ teniendo en cuenta lo siguiente:

Replantear las acciones _X_ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	En el seguimiento realizado en octubre, tuvo una ganancia de peso de 200 g, con DE -1,44, continúa con diagnóstico de riesgo de desnutrición, y se evidencian signos físicos relacionados con posibles deficiencias nutricionales, tales como conjuntivas pálidas, resequedad en la piel de los miembros superiores e inferiores e irritabilidad.	<div>1. Entrega de RFPP mensual.</div> <div>2. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración.</div>

	<p>ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	--	--

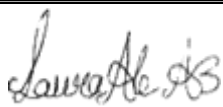
	<p>La madre reporta que no ha tenido inconvenientes para la alimentación de la menor y menciona que ha tolerado bien el ALC. En este mes, se le entregaron 15 sobres de ALC y se le reiteraron todas las indicaciones para su correcta administración.</p> <p>Asimismo, se brindaron recomendaciones para maximizar el aprovechamiento de los alimentos recibidos en la RFPP y bienestarina, estas recomendaciones tienen como objetivo mejorar el estado nutricional de la menor de forma progresiva, promoviendo un consumo adecuado y balanceado que cubra sus necesidades energéticas y de micronutrientes.</p>	<p>3. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla.</p> <p>4. Toma de medidas antropométricas mensuales (peso, talla y perímetro braquial) e identificación de signos.</p> <p>5. Acompañamiento familiar para mejorar la alimentación de la usuaria.</p> <p>6. Realizar educación sobre el lavado de manos y desinfección de alimentos antes de su consumo, para evitar episodios de EDA.</p>	
SALUD	<p>En el seguimiento se evidencia que la madre no ha llevado a la niña a seguimiento con pediatría, refiere que no ha sido posible realizar el seguimiento porque no hay agenda en la entidad autorizada, también menciona que no ha presentado signos o síntomas de alarma u otra sintomatología. En su desarrollo psicomotor se observa un retraso, asiste oportunamente a control de crecimiento y desarrollo y vacunación, tiene pendiente asistir a salud oral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación en el desarrollo psicomotor. - implementar las actividades que se deben realizar para mejorar su desarrollo psicomotor. - Realizar los procesos necesarios para la obtención de las citas de seguimiento. - Estar en seguimiento continuo para verificar el cumplimiento de los compromisos 	

	<p>ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	--	--

GESTION FAMILIAR	<p>Durante el seguimiento se observa a la niña con buena presentación personal e higiene, sin embargo la madre refiere que “la niña se encuentra con un cuadro gripal”, Durante el seguimiento se realiza compromisos en cuanto a las atenciones médicas que requiere la niña Samara.</p> <p>La niña casi siempre está al cuidado de personas que son menores de edad donde posiblemente no le garantizan todos sus cuidados</p>	<p>Se continuará con las visitas de seguimiento a fin de garantizar a la niña todos sus derechos</p>
GESTOR COMUNITARIO	<p>Se realizó el seguimiento a través de vía telefónica el 2 de octubre donde se explica que se debe consumir bien los alimentos y almacenarlos bien. El 11 de octubre se realiza visita en casa de habitación se le da a conocer hábitos saludables, donde se recomienda comer con frecuencia frutas y verduras.</p>	<p>Acompañamiento con el equipo interdisciplinario para que capacite</p> <p>Visitas domiciliarias para capacitar a la madre</p> <p>Seguimiento durante llamadas telefónicas del estado de salud.</p> <p>Entrega de la RFPP</p> <p>Ayudar a gestionar citas médicas</p>

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA

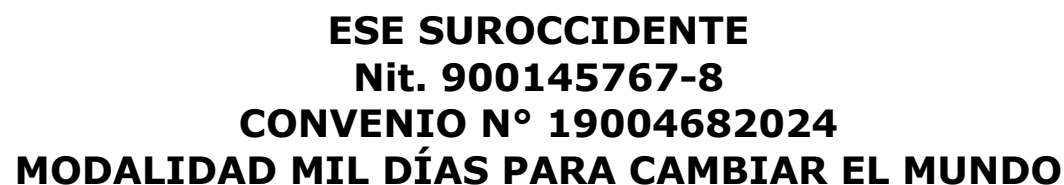
ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO		D. Yasmín López B.

Vºbº Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

	<p>ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
--	---	--



1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

Nombre del Beneficiario:	Jeremy Axel Velez Muñoz		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1029608240	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	B/ Modelo		Municipio Residencia:	Patía	
Fecha de Nacimiento:	30/05/2023	Edad:	13 meses	Fecha de Ingreso:	27/07/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional X y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	28/07/2024	7,8	73	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	23/09/2024	8,5	74	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	19/10/2024	8,6	74,3	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

--	--	--	--	--	--

AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 18
 SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 15
 OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 15
 NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados
 DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	El niño ingresó al programa con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, presentando una desviación estándar (DE) de -1,90. La madre refiere que el menor nació con un trastorno de succión, lo que impidió que pudiera recibir lactancia humana durante la primera hora de vida, ni exclusiva ni total, en el hospital se intentaron todos los métodos y técnicas de estimulación, pero no fue posible establecer la lactancia. Actualmente, el niño cuenta con el acompañamiento de un fonoaudiólogo y no ha presentado dificultades en la alimentación complementaria. En la anamnesis hay un bajo consumo de frutas y verduras, debido a que en el entorno familiar no son alimentos de su	1. Entrega de RFPP mensual. 2. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración. 3. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla. 4. Fortalecer el consumo de frutas y verduras. 5. Educación nutricional acerca de los hábitos saludables en el entorno familiar.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>agrado. Esto podría estar influyendo en los hábitos de alimentación del niño.</p> <p>Durante el seguimiento realizado en septiembre, se registró una ganancia de peso de 700 g, DE a -1,10; el niño mostró una buena tolerancia al ALC, consumiendo en su totalidad los 18 sobres entregados en agosto, para continuar con su progreso y alcanzar un peso adecuado, se le enviaron 15 sobres para el mes de septiembre.</p> <p>Se hizo énfasis a la familia sobre la importancia de incluir frutas y verduras en la alimentación diaria, tanto del niño como en su entorno familiar, ya que en esta etapa se consolidan los buenos hábitos, estos alimentos son fundamentales por sus múltiples beneficios nutricionales y su inclusión regular puede mejorar el estado de salud general del niño. Además, se insistió en la necesidad de utilizar los alimentos entregados en la RFPP para optimizar su estado nutricional y promover su desarrollo saludable.</p>	
<p>SALUD</p>	<p>niño de 1 año de edad ingresa a la modalidad de mili días para cambiar el mundo con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda. La madre del niño durante el embarazo presentó sepsis puerperal (presencia de gérmenes en el tejido estéril), anemia posthemorrágica aguda, hipo tiroidismo no especificado, infección de la bolsa amniótica</p>	<p>Durante la permanencia del programa se abarcaran las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar en las prevalencias en la primera infancia y cuando acudir a urgencias, Signos y síntomas de alarma en los niños menores de 5 años, hábitos de vida saludable

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>de las membrana, su parto fue unico espontaneo, el niño estuvo hospitalizado debido a que presentó trastorno de succión y en el momento se encuentra con control de terapias físicas y fonoaudiología, está pendiente la cita de criptorquidia bilateral (falta de descendencia del testiculo al escroto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar el lavado de manos adecuado - Asistir a los seguimientos estipulados para el seguimiento de su diagnóstico. - verificar periódicamente el estado de salud del niño. - Asistir a los programas de promoción y prevención (salud oral, desparasitación, vacunación, control de crecimiento y desarrollo). - Informar sobre las dificultades que se presenten en cuanto a las citas o autorizaciones que se requieran en el área de salud. -
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Jeremy Axel, con 1 año de edad, su tipología familiar es extensa la cual está conformada por la mamá, hermano tío y el primo, donde se evidencia una buena convivencia familiar ya que entre todos hay apoyo enfrentar situaciones que ocasionalmente se presentan en el hogar, donde la madre de Jeremy manifiesta que hay buena comunicación por parte ellos</p> <p>Se puede evidenciar desde el área de Trabajo Social, que la madre y la red de apoyo logrado brindarle a Jeremy entornos protectores que garantiza la defensa oportuna de sus derechos como individuo. demostrando un adecuado compromiso y responsabilidad frente a las necesidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se continuará con visitas de seguimiento ● Proporcionar un ambiente seguro ● Disfrutar del tiempo de calidad con sus hijos ● Continuar con las recomendaciones pactadas por cada área de profesionales de la modalidad

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>previstas por Andrés Felipe y la protección integral de sus derechos cumpliendo con las respectivas solicitudes brindadas desde cada profesional de la modalidad para un adecuado bienestar y calidad de vida. La familia continúa proporcionando entornos protectores garantes de sus derechos fundamentales teniendo en cuenta sus etapas de desarrollo</p> <p>Las condiciones habitacionales son adecuadas donde cuenta con los servicios básicos agua y energía la construcción es el cemento, techo piso en cerámica sala comedor, cocina, baño y patio de ropa consta de 2 habitaciones al momento de los seguimientos se evidencia que el hogar se observa en adecuada higiene y aseo</p> <p>Situación Socioeconómica: 3 integrantes del hogar aportan económicamente teniendo en cuenta que cada uno de ellos gana menos del SMMLV, sin embargo, han logrado suplir y satisfacer de las necesidades básicas del hogar.</p> <p>La madre continúa siendo receptiva ante de las orientaciones pactadas desde cada área psicosocial, nutrición, enfermería y gestor de LA MODALIDAD 1.000 DÍAS.</p>	
--	---	--

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>La madre de Jeremy y su red de apoyo han sido prestas a acatar las instrucciones y recomendaciones desde cada una de las áreas de desempeño de la MODALIDAD 1.000 DÍAS, con la finalidad de poder brindar bienestar al niño de manera oportuna.</p> <p>Durante el seguimiento del mes de octubre, se observa a Jeremy estable, tranquilo, se igual manera se evidencia a la madre muy comprometida en las atenciones médicas que requiere el niño donde se evidencia en la carpeta</p> <p>Con relación a las condiciones habitacionales, se observan limpias y ordenadas todos los espacios de la vivienda sin posibles factores de riesgo.</p>	
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>El menor de dos años ingresó a la modalidad Mil Días para Cambiar el Mundo, después de cumplir con los requisitos necesarios, específicamente por encontrarse en riesgo de desnutrición aguda. Esta clasificación fue determinada por la profesional en nutrición de dicho programa, luego de haberlo evaluado el 27 de julio de 2024, donde obtuvo un peso de 7.8 kg y midió 72 cm.</p>	<p>Brindar una alimentación balanceada utilizando los recursos disponibles. Brindarle un plan de alimentación adecuado para Jeremy, que incluya la incorporación de proteínas, frutas y verduras. Fortalecer actividades que le brinden en las citas en fonoaudiología.</p>

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

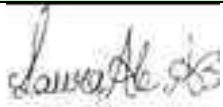
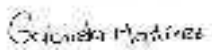
	<p>En las visitas domiciliarias se evidencia que la casa se encuentra en óptimas condiciones, cuentan con buenos servicios de aseo. La madre es muy cumplida con sus controles y citas médicas de Jeremy, además manifiesta que lleva a citas de terapias físicas y fonoaudiología, debido a que el niño nació con trastorno de succión están muy pendientes de su salud durante las visitas Jeremy se mostraba activo, siempre muy sonriente.</p> <p>En el municipio de Patía, al cual pertenece este usuario, se realizó la entrega de la primera ración el 22 de agosto de 2024. Jeremy recibió la Ración Familiar para Preparar (RFPP) y 18 sobres de Alimento Listo para el Consumo (ALC) con el objetivo de mejorar su peso.</p> <p>Durante los seguimientos, se observó un adecuado consumo tanto de la ración familiar como del ALC, esto siguiendo las recomendaciones dadas por la nutricionista de la modalidad.</p> <p>En la toma de medidas antropométricas realizada el 23 de septiembre de 2024 en el municipio de Patía, Jeremy registró un peso de 8.5 kg y una estatura de 74 cm. Según la evaluación de la nutricionista, la cual decidió entregarle 15 sobres adicionales de ALC, con la finalidad de que</p>	
--	---	--

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>Jeremy, en octubre del año presente, salga del rango de riesgo de desnutrición aguda.</p> <p>SEGUIMIENTO MES OCTUBRE</p> <p>Respecto al seguimiento del usuario Jeremy Axel, en el encuentro grupal que se llevó a cabo el día 19/10/2024, donde se le tomaron las medidas y obtuvo un peso de 8.6 kg y midió 74.3 cm de estatura ,por lo cual es necesario la intervención de la nutricionista en cuanto a establecer nuevas recomendaciones alimentarias para ser tenidas en cuenta y aplicadas en el transcurso del consumo de la ración entregada y para los próximos encuentro, debido a su peso se le enviaron nuevamente 15 sobres de ALC.</p> <p>Cabe mencionar que en los seguimientos se observa total compromiso de la madre en cuanto al consumo de los alimentos y cumplimiento de las recomendaciones dadas por cada uno de los integrantes del grupo interdisciplinario de la modalidad 1000 días para cambiar el mundo</p> <p>. Por otro lado lleva al día los controles, vacunas y citas del niño</p>	
--	--	--

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	Gabriela Martínez Mera.	

V°b° Coordinador UDS: _____

2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día 24 de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso _____ teniendo en cuenta lo siguiente:

Replantear las acciones __X__ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>En el mes de octubre, el usuario tuvo una ganancia de peso de 100 g, con una DE de -1,04, manteniendo así el diagnóstico de riesgo de desnutrición. Durante la exploración física se observan signos de posible atrofia muscular, que podrían estar relacionados con el retraso en su desarrollo psicomotor. Según la historia clínica de la consulta con neuropediatría del 2 de octubre de 2024, el usuario presenta un diagnóstico de trastornos específicos mixtos del desarrollo (F83X) y trastorno específico del desarrollo de la función motriz (F82X).</p> <p>La madre informa que no ha tenido inconvenientes para la alimentación del usuario ni para el consumo del ALC, en este seguimiento se le entregaron 15 sobres de ALC correspondientes al mes de octubre y se revisaron las</p>	<ol style="list-style-type: none"> Entrega de RFPP mensual. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla. Fortalecer el consumo de frutas y verduras. Educación nutricional acerca de los hábitos saludables en el entorno familiar.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>instrucciones de administración para garantizar el cumplimiento adecuado del tratamiento nutricional.</p> <p>Se proporcionaron también recomendaciones para optimizar el uso de los alimentos entregados en la RFPP y bienestarina, con el fin de mejorar progresivamente el estado nutricional del usuario. Estas recomendaciones incluyen el aprovechamiento de los alimentos que aportan proteínas, carbohidratos y grasas saludables para favorecer el desarrollo físico y motor del usuario, adaptando la dieta a sus necesidades específicas de crecimiento y desarrollo.</p>	
<p>SALUD</p>	<p>en el seguimiento realizado se evidencia que el niño se encuentra bien de salud, madre refiere que continua con seguimiento de terapias fonoaudiología y ocupacionales, seguimiento con el área nutricional en manejo con infatrini, valoración con cirugía pediátrica refiere que en estos dos áreas ha presentado complicaciones al sacar la cita debido a que no hay agenda refiere que nuevamente está sacando orden de apoyo para pedir la cita de nutrición, de acuerdo con los seguimientos de pediatría y terapias fonoaudiológicas no ha presentado inconvenientes tiene exámenes de genética en proceso ,la radiografía de cadera la cual ya está con resultados sin inconvenientes.. En el</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar seguimiento a las asistencias que tiene por realizarse. - Realizar estimulación sensorial en casa. - Seguir las recomendaciones de los especialistas. - Asistir a control de CyD y vacunación.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>último seguimiento realizado el 02 de octubre tiene seguimiento de ecografía transfontanelar normal criptorquidia, tiene cardiopatía normal, envía fórmula para alimentación complementaria de la parte cardiaca. presenta cuadro neurológico, síndrome de niño hipotónico, dismorfológico, rasgos de una secuencia pierre robin asociado a hipotonía del tronco superior, retrognatia micrognatia paladar ojival, para este se solicitó valoración por otorrino el cual realizó un estudio de nasofaringoscopia y se definió gastrostomía, tiene criptorquidia en seguimiento, se envía estudios moleculares de secuencias exómica</p>	
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga Bolaños	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		

	<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>	
---	---	---

PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO





ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

Nombre del Beneficiario:	Liam Jose Martinez Velasco		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1059918966	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	Vereda Caspicaracho		Municipio Residencia:	Patía	
Fecha de Nacimiento:	01/03/2022	Edad:	24 meses	Fecha de Ingreso:	27/07/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a:
mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	28/07/2024	11,5	90,3	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	23/09/2024	11,65	90,6	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	19/10/2024	12,1	90,6	PESO ADECUADO PARA LA TALLA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 18
SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 15
OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☒, Cantidad sobres entregados
NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados
DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN	<p>El niño ingresó al programa con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, presentando una desviación estándar (DE) de -1,52. La madre informó que el niño tuvo diagnóstico displasia renal, lo que significa que únicamente tiene el riñón derecho funcional, el cual es monitoreado de manera regular para asegurarse de su buen funcionamiento y prevenir posibles complicaciones, hasta la fecha, los controles no han indicado contraindicaciones alimentarias por parte de nutrición clínica. En la anamnesis alimentaria se evidenció un alto consumo de azúcares, destacando el uso frecuente de panela y dulces en su dieta, esto representa un factor de riesgo para su estado nutricional y salud a largo plazo.</p> <p>Durante el seguimiento realizado en septiembre, se registró una ganancia de peso de 150 g, con DE -1,42, la madre expresó preocupación debido a que, desde hace aproximadamente un mes, el niño ha presentado inapetencia, aunque mostró tolerancia al ALC, fue difícil administrarlo</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Entrega de RFPP mensual.2. Seguimiento del consumo de los alimentos entregados en la ración.3. Entrega y control de consumo de ALC hasta obtener el peso adecuado para la talla.4. Revisar contraindicaciones de alimentos dadas por nutrición clínica.5. Seguimiento sobre la inapetencia del niño.6. Educar a la familia, para limitar el consumo de azúcares.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



debido a su falta de apetito, a pesar de esta dificultad, la madre se aseguró de que el niño consumiera los 18 sobres entregados en agosto; con el fin de mejorar su estado nutricional, se proporcionaron 15 sobres para el mes de septiembre, la nutricionista explicó a la madre que el ALC no sustituye ninguna de las comidas principales, por lo que es fundamental priorizar los alimentos entregados en la RFPP para alcanzar un peso adecuado y mejorar la nutrición del niño.

Asimismo, se abordó la importancia de reducir el consumo de azúcares, como la panela y los dulces, ya que estos alimentos, si se consumen en exceso, pueden provocar diversas patologías tanto a mediano como a largo plazo, se realizó esta educación alimentaria con el objetivo de prevenir dichas afecciones y asegurar el bienestar del niño.

7. Orientar acerca de los hábitos saludables en el entorno familiar.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

<p>SALUD</p>	<p>Niño de 2 años de edad ingresa a la modalidad de mil días para cambiar el mundo con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, niño que durante su embarazo fue normal, el parto fue normal nació en las 37 semanas por parto normal , tuvo un peso al nacer de 2700 gramos, no requirió hospitalización. A los 5 meses de edad presentó infección en las vías urinarias con síntomas febriles, no presenta antecedentes familiares. cuenta con seguimiento por riñón derecho que ha involucionado; diagnóstico: displasia renal, hasta la fecha continua con seguimiento con pediatría y nutrición, aún no ha sido posible sacar la cita con estos especialista debido a que la eps no cuenta con agenda y debe renovar nuevamente la orden de apoyo.</p>	<p>Durante la permanencia del programa se abarcaran las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar en las prevalencias en la primera infancia y cuando acudir a urgencias, Signos y síntomas de alarma en los niños menores de 5 años, hábitos de vida saludable - Practicar el lavado de manos adecuado - asistir a los seguimientos estipulados para el seguimiento de su diagnóstico. - verificar periódicamente el estado de salud del niño. - Asistir a los programas de promoción y prevención (salud oral, desparasitación, vacunación, control de crecimiento y desarrollo)
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Liam José Martínez, pertenece a una tipología familiar monoparental, donde la madre y su red de apoyo ha logrado brindar al niño entornos protectores que garantizan la defensa oportuna de sus derechos. con los que cuenta Liam demostrando un adecuado compromiso y responsabilidad frente a las necesidades previstas el niño</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimientos • Continuar con las recomendaciones pactadas por cada área de profesionales de la modalidad nutrición, salud, trabajo social y gestor • Proporcionar un ambiente seguro el cual se garante de los derechos de Liam • Disfrutar del tiempo de calidad con sus hijos



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	<p>Las condiciones habitacionales, la vivienda es prestada cuenta con los servicios básicos agua y energía y gas domiciliario la construcción es el cemento, techo piso, sala comedor, cocina, baño y patio de ropa consta de 2 habitaciones al momento de los seguimientos se evidencia en adecuado orden de higiene y aseo lo que les permite una adecuada convivencia.</p> <p>Situación Socioeconómica: El núcleo familiar deriva sus ingresos de la actividad económica del padre de Liam lo que le permite tener suplir las necesidades básicas.</p> <p>La madre continúa siendo receptiva ante de las orientaciones pactadas desde cada área psicosocial, nutrición, enfermería y gestor de LA MODALIDAD 1.000 DIAS</p>	
GESTOR COMUNITARIO	<p>El menor de dos años ingresó a la modalidad Mil Días para Cambiar el Mundo debido a que cumplió con los requisitos necesarios, específicamente por encontrarse en riesgo de desnutrición aguda. Esta</p>	<p>Estar pendientes y continuar con con los controles por su antecedente prenatal por riñón poliquístico Consumo diario de lácteos y sus derivados Estar al día con los controles de Nefrología.</p>



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



clasificación fue determinada por la profesional en nutrición de dicho programa, luego de haberlo evaluado el 27 de julio de 2024, donde obtuvo un peso de 11.5 kg y midió 90.3 cm.

Se encuentra un ambiente familiar acogedor, un hogar limpio, ordenado y adecuado para el niño Liam Jose, este está ubicado en la vereda Caspicaracho, por otro lado, se observó que los alimentos que consume están almacenados en perfectas condiciones.

Liam es un niño activo y muy bien educado.

La madre nos da a conocer que el niño tiene antecedentes de riñón poliquístico y que está en constantes controles y chequeos a los cuales asiste muy cumplidamente.

En el municipio de patía al cual pertenece este usuario se hizo entrega de la primera ración el día 22/08/2024, donde Lian recibió la ración familiar para preparar (RFPP) y 18 sobre de alimento listo para el consumo (ALC) , con la finalidad de que suba de peso.

En los seguimientos se identifica el buen consumo de los alimentos de la ración y el ALC.

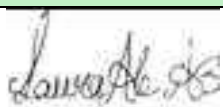
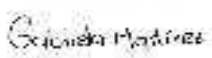
En la siguiente toma de las medidas antropométricas que se realizó el día 23/09/2024 en el municipio de Patía, Lian obtuvo un peso de 11.65 kg y midió 90.6cm por lo que fue necesario según la nutricionista del programa volver a entregar 15 sobres de ALC, con el fin de que para el próximo mes de octubre el niño salga del rango de riesgo desnutrición aguda.



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

ELABORADO POR		
	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA	Laura Alejandra Arteaga	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Deily Ximena Mamian Majin	
PSICOSOCIAL	Andrea Córdoba Solarte	
GESTOR COMUNITARIO	Gabriela Martinez Mera	

V°b° Coordinador UDS: _____



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día _24_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso _X_ teniendo en cuenta lo siguiente: El usuario tuvo una ganancia de peso de 450 g, permitiendo así un peso adecuado para la talla, acudiente refiere buena tolerancia al ALC enviados en los anteriores meses y mantiene una alimentación donde se incluyen los alimentos entregados en la RFPP y consumo de la bienestarina, se recomienda seguir con las indicaciones dadas por el equipo interdisciplinario para mantener su estado nutricional.

Replantear las acciones ____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO





ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



1. ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

Nombre del Beneficiario:	Linda Lara Martinez		Fecha de Análisis de caso:	30/09/2024	
Tipo de Documento:	Registro Civil	Número de Documento:	1062134635	Hijo gestante atendida en la modalidad (SI-NO):	NO
Dirección Beneficiario:	B/Prados del Norte		Municipio Residencia:	Patía	
Fecha de Nacimiento:	12/05/2022	Edad:	24 meses	Fecha de Ingreso:	27/07/2024

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición _____ (cuál?) _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	Clasificación Nutricional (Peso/Talla)
1	28/07/2024	10,8	89,3	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
2	23/09/2024	11,1	89,5	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
3	19/10/2024	11,5	89,5	PESO ADECUADO PARA LA TALLA

AGOSTO ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 21
SEPTIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☒ No ☐, Cantidad sobres entregados 15
OCTUBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☒, Cantidad sobres entregados
NOVIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados
DICIEMBRE ¿Suministro de ALC? Si ☐ No ☐, Cantidad sobres entregados



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



2. SEGUIMIENTO ESTUDIO DE CASO NIÑOS Y NIÑAS

El día _24_ de octubre del 2024, se procede a adelantar seguimiento a las acciones planteadas y se define:

Cerrar estudio de caso ___X___ teniendo en cuenta lo siguiente: La usuaria tuvo una ganancia de peso de 400 g, permitiendo así un peso adecuado para la talla, acudiente refiere buena tolerancia al ALC enviados en los anteriores meses y mantiene una alimentación donde se incluyen los alimentos entregados en la RFPP, se recomienda seguir con las indicaciones dadas por el equipo interdisciplinario para mantener su estado nutricional.

Replantear las acciones _____ teniendo en cuenta las siguientes situaciones encontradas:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
NUTRICIÓN		
SALUD		
GESTION FAMILIAR		
GESTOR COMUNITARIO		

ELABORADO POR



ESE SUROCCIDENTE
Nit. 900145767-8
CONVENIO N° 19004682024
MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO



	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
NUTRICIONISTA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA		
PSICOSOCIAL		
GESTOR COMUNITARIO		

V°b° Coordinador UDS: _____

ANEXOS: (Mencionar los que se consideren pertinentes, caso contrario referir como No aplica)

	ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	
---	---	---

1. ESTUDIO DE CASO MUJER GESTANTE						
Nombre del Beneficiario:	Luisa Daniela Muñoz Galindez			Fecha de Análisis de caso:	24/10/2024	
Tipo de Documento:	Cédula de ciudadanía			Número de Documento:	1007095543	
Dirección Beneficiario:	Crucero Bello			Municipio:	Sucre	
Fecha de Nacimiento:	03/02/2002	Edad:	22 años	Fecha de Ingreso:	01/08/2024	

El presente documento hace parte de la atención del beneficiario, a quien se define la necesidad de adelantar estudio de caso y plantear acciones encaminadas a: mejoramiento del Estado Nutricional ☒ y/u otra condición (cuál?) _____ inadecuadas pautas de crianza del hijo _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL						
N° Toma	Fecha de Valoración (dd/mm/aa)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Semanas de gestación	Clasificación Nutricional
1	25/07/2024	50	154	21,1	26	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL
2	23/09/2024	55	154	23,2	29	ADECUADO
3	19/10/2024	55,2	154	23,3	35	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

	<p align="center"> ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO </p>	
---	---	---

A continuación, se describe por cada componente de atención la situación encontrada y las acciones planteadas para mejorar la condición actual del beneficiario:

COMPONENTE	SITUACIÓN ENCONTRADA	PLAN DE ACCIÓN
<p>NUTRICIÓN</p>	<p>Mujer gestante de 26 semanas, ingresó a la modalidad con diagnóstico de bajo peso para su edad gestacional. Durante la anamnesis alimentaria, se detectó un bajo consumo de carbohidratos complejos, frutas, verduras, lácteos y proteínas, nutrientes esenciales para cubrir las demandas energéticas y nutricionales propias del embarazo. Se evidenció también que en la alimentación familiar no se cubre los requerimientos nutricionales aumentados durante este periodo. La usuaria niega la existencia de patologías subyacentes que puedan estar contribuyendo a su bajo peso.</p> <p>En el seguimiento nutricional de septiembre, la paciente registró una ganancia de peso de 5000 g, mientras que en octubre la ganancia fue de sólo 200 g, mostrando un estancamiento en el aumento de peso, este ritmo de ganancia se encuentra por debajo de los valores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega de RFPP 2. Seguimiento del aprovechamiento de los alimentos entregados en la ración mensual. 3. Educar sobre la importancia de establecer hábitos saludables en el entorno familiar. 4. Informar sobre la lactancia humana exclusiva y total. 5. Educar para mantener una alimentación saludable en el periodo de gestación.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>recomendados por la Resolución 2465 de 2016, manteniendo el diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional.</p> <p>Debido a esta situación, se hace énfasis en la necesidad de incrementar el consumo de carbohidratos complejos, proteínas y grasas insaturadas, que son fundamentales tanto para el desarrollo adecuado del feto como para la salud de la madre. Los carbohidratos complejos, presentes en alimentos como el arroz, la avena, la quinua, la pasta y las leguminosas, aportan energía y ayudan a prevenir deficiencias nutricionales. Las proteínas son esenciales para el crecimiento y la reparación de tejidos, y las grasas insaturadas, presentes en alimentos como el aguacate, los frutos secos y aceites vegetales, contribuyen al desarrollo neurológico del feto.</p>	
<p>SALUD</p>	<p>Se presenta una gestante de 22 años de edad, quien ingresa a la modalidad de mil días con un diagnóstico nutricional de bajo peso para la edad gestacional. Según su control prenatal, se trata de su segundo embarazo; no utilizaba métodos anticonceptivos, este embarazo no fue planeado. No presenta antecedentes familiares ni personales relevantes, se ha realizado 3 controles prenatales donde se evidencia que la presión arterial ha sido normal. Durante el inicio de la gestación, la paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre signos de peligro en el embarazo, importancia de la lactancia humana, estimulación sensorial, lavado de manos. - Asistir oportunamente a exámenes médicos, control prenatal y ecografías. - Brindar lactancia humana en la primera hora de nacimiento del bebé. - Iniciar estimulación de los pezones antes de tener el bebé - practicar un adecuado lavado de manos.

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>reportó náuseas no constantes, se ha realizado ecografías mostrando que el bebé se encuentra estable. Actualmente, está asistiendo de manera oportuna a sus controles prenatales, vacunaciones, exámenes médicos y ecografías, y se encuentra tomando los micronutrientes recomendados. la gestante ha presentado inconvenientes con la EPS debido a que es Sanitas de la ciudad de cali, debido a ello en el inicio no pudo consumir los micronutrientes, no asistió a control prenatal en su primer semestre, tiene pendiente examen rectal urinario, tiene dificultades para solicitar orden de apoyo debido a que la EPS no atiende en el municipio, se ha realizado las gestiones para cambio de EPS pero no ha sido posible el cambio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar cuales son los signos de peligro durante el embarazo. - informar de manera oportuna el nacimiento del bebé. - informar sobre las dificultades que se presentan en cuanto a las diligencias que se deben realizar en el centro de salud, para apoyar en el proceso. - realizar seguimiento de las autorizaciones que se requieren para su atención. - Gestión del cambio de eps con la alcaldía de Sucre.
<p>GESTION FAMILIAR</p>	<p>Se realiza seguimiento a la usuaria Luisa Daniela, quien se observa estable teniendo en cuenta su estado gestacional</p> <p>Las condiciones habitacionales no son adecuadas para la estadía de la usuaria ya que su condición es de pobreza extrema, la usuaria refiere “que no cuenta con ayudas del gobierno, solamente la ayuda que ella tiene es de la modalidad 1.000 Días, donde manifiesta que para ella es muy fundamental contar con la ayuda</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visitas de seguimiento 2. Se brindara orientación sobre pautas de crianza

	<p style="text-align: center;">ESE SUROCCIDENTE Nit. 900145767-8 CONVENIO N° 19004682024 MODALIDAD MIL DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</p>	
---	--	---

	<p>Dinámica Familiar: La usuaria convive en el hogar de su padre debido a que el señor es una persona de la tercera edad y ella lo cuida, el núcleo familiar de Luisa es su compañero sentimental y su hijo de 3 años, donde se observa con inadecuadas pautas de crianza, en cuanto a su relación con el compañero sentimental es distante debido a que el señor se la pasa trabajando.</p>	
<p>GESTOR COMUNITARIO</p>	<p>Mujer en estado de gestación con 22 años de edad ingresa a la modalidad 1000 días para cambiar el mundo por cumplir con los criterios de ingreso como lo es el bajo peso para su edad gestacional con 50 kg y 154 centímetros de estatura, vive junto su familia en el corregimiento de Crucero Bello, Sucre Cauca, en casa familiar donde cuenta con los servicios básicos los cuales les permiten solventar sus necesidades, por otro lado, ella vive en compañía de su marido, su bebé de 3 años, eventualmente su hermana y su padre.</p> <p>Respecto las entregas, el día 22/08/2024 se realizó el primer encuentro grupal donde se hizo entrega de RFPP en el municipio de Sucre, y se le hizo su debido seguimiento, seguido de eso se realizó el segundo encuentro el día</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hervir el agua para su consumo 2. Asistir cumplidamente a controles, vacunas y ecografías 3. Continuar entregando la RFPP cada mes. 4. Realizar visitas domiciliarias 5. Asistir a los encuentros grupales 6. Práctica de hábitos saludables 7. Informar cualquier novedad respecto del embarazo