FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

ACTA N°3		
NOMBRE DE LA REUNIÓN: Enfermedades inmunoprevenibles.		
CIUDAD Y FECHA: 1 al 11 de abril de 2025.	**HORA DE INICIO:** 03:00 pm	**HORA DE TERMINACIÓN:** 04:30pm
LUGAR:	ISTMINA	
NOMBRE DE LA UDS:	Hogar comunitario Carmen Judith Córdoba, Hogar comunitario María Cristina Mendoza, Hogar comunitario Rosa Merlín Hurtado, Hogar comunitario Flor María Martínez, Hogar comunitario Diana Riso, Hogar comunitario Nelly Ibarguen, Hogar comunitario Luz Marciana Aguilar, Hogar. comunitario Yenny Martínez y Edna Agualimpia, Hogar comunitario Marlenis Perea, Leonila Perea, Francia Dávila, Yadira leudo, Nancy Bazan, Claudia Yineth Rodríguez, Shirlen Ramírez y Rosa Valois.	
MODALIDAD:	COMUNITARIA	
ASISTENTES: Padres de familia.		
TEMAS: Enfermedades inmunoprevenibles.		
OBJETIVO		
Socializar los protocolos para la identificación y manejo de las enfermedades inmunoprevenibles.		
DESARROLLO DE LA TEMATICA		

En el mes de abril entre el 1 y 11 siendo las 3:00 de la tarde las enfermeras Jhoana Quinto y María Fidelina Murillo se reúnen con los padres de familia para explicar las temáticas del mes de marzo acorde a las necesidades observadas en cada uno de los hogares comunitarios acorde al plan de trabajo.

Antes de iniciar a explicar el tema las enfermeras dan un caluroso saludo de bienvenida a los presentes y luego hacen la oración dando gracias a Dios por permitirnos estar reunidos esta tarde para impartir conocimientos que nos sirven para nuestra vida cotidiana.

Luego se les explico a los padres de familia que son las **Enfermedades inmunoprevenibles** son aquellas que pueden prevenirse mediante el uso de vacunas tales como: varicela, fiebre amarilla, tuberculosis, hepatitis A y B, tosferina, sarampión, rubeola entre otras, por eso es muy importante que se vacune a los niños y niñas cada vez que se les cite para dar cumplimiento al esquema de vacunación.

Seguidamente se le hablo a los cuidadores de los menores sobre cuáles son las enfermedades inmunoprevenibles y sus síntomas para que aprendan a identificarlas y actúen de manera rápida ante cualquier caso que se presente en las unidades de servicio o en sus hogares.

VARICELA: Es una infección sistémica aguda que suele aparecer en la infancia y es causada por el virus Varicela-zóster.

Se caracteriza por:

- ✓ Fiebre y salpullidos con ampollas pequeñas.

SARAMPIÓN: El sarampión es una enfermedad muy contagiosa y grave causada por un virus.

Se caracteriza por:

- ✓ Fiebre alta, secreción nasal abundante, ojos rojos y llorosos, manchas blancas al interior de la boca, puntos rojos en rostro y cuello que con el tiempo se extienden a manos y pies.

RUBEOLA: La rubéola es una infección aguda y contagiosa causada por un virus. Si bien por lo general la Enfermedad es leve en los niños, tiene consecuencias graves en las embarazadas, porque puede causar muerte fetal o defectos congénitos en la forma del síndrome de rubéola congénita.

Se caracteriza por:

- ✓ Brote en piel que comienza en la cara y el cuello antes de progresar hacia los pies, fiebre, náuseas, conjuntivitis leve, inflamación de los ganglios linfáticos en la parte posterior de las orejas y el cuello es la característica clínica más saliente.

PAROTIDITIS: Es una enfermedad contagiosa que causa una inflamación dolorosa de las glándulas salivales, las cuales producen la saliva.

Se caracteriza por:

- ✓ Dolor en la cara, fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, pérdida de inflamación de las glándulas parótidas (las glándulas salivales más grandes, localizadas entre el oído y la mandíbula), inflamación de las sienes o mandíbula.

TOSFERINA: Es una enfermedad bacteriana altamente contagiosa que ocasiona una tos violenta e incontrolable que puede dificultar la respiración.

Se caracteriza por:

- ✓ Secreción nasal, tos fuerte y continúa acompañada de un fuerte sonido al inspirar, fiebre baja (generalmente mínima durante toda la enfermedad), dificultad para respirar, vómitos durante o después de los accesos de tos.

HEPATITIS A Y B: Son enfermedades que producen inflamación del hígado, lo cual lleva a que se presenten los siguientes síntomas:

- ✓ Ojos y piel amarillos, Orina oscura, Dolor abdominal, Pérdida del apetito, Fiebre, Fatiga extrema.

FIEBRE AMARILLA: Es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados. El término "amarilla" alude al tono de piel que presentan algunos pacientes.

Los síntomas de la fiebre amarilla son:

- ✓ Fiebre, Cefaleas, Coloración amarilla de la piel, dolores musculares, náuseas, vómitos y cansancio.

TUBERCULOSIS: La tuberculosis (TB) es una infección bacteriana causada por un gérmen llamado Mycobacterium tuberculosis. La bacteria suele atacar los pulmones, pero puede también dañar otras partes del cuerpo. La TB se disemina a través del aire, cuando una persona con TB pulmonar tose, estornuda o habla.

Se caracteriza por:

- ➢ Fiebre, fatiga e irritabilidad, tos persistente, debilidad, respiración fuerte y rápida, sudores nocturnos, pérdida de peso y falta de crecimiento.

Después las enfermeras les dicen a los padres de familia que cuando se presenten estos brotes o enfermedades deben cumplir con lo estipulado en las rutas de atención para que los niños y niñas sean atendidos por los profesionales de la salud y así evitar complicaciones o la muerte.

Por último, se les manifestó a los padres de familia que en ocasiones se hablan de muchos mitos acerca de las vacunas donde no deben prestar atención ya que estos son falsos e impiden que muchas de ustedes no cumplan con las citas programadas para los niños y niñas para su aplicación de acuerdo al rango de edad de los menores. Algunos de esos mitos son:

Mitos sobre las vacunas:

- Padecer la enfermedad es la mejor forma de inmunizarse (Falso)
- Las vacunas ya no son necesarias (Falso).
- Las vacunas pueden causar incluso la muerte (Falso).
- La vacuna combinada contra la difteria, tétanos y tosferina, y la vacuna contra la poliomielitis, causan síndrome de la muerte súbita del lactante (Falso).
- Las enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunación están erradicadas en mi país, por lo que no hay razón para vacunarse (Falso).
- Las infecciones infantiles no se pueden evitar, son "cosas de la vida" (Falso).
- Administrar a un niño más de una vacuna de forma simultánea puede sobrecargar su sistema inmunitario e incrementar el riesgo de efectos secundarios.

para finalizar el encuentro educativo se realizó una actividad llamada promoviendo la vacunación que tiene como objetivo Identificar en la copia que se les entrega, algunas enfermedades que se pueden prevenir por medio de las vacunas. Escribe en cada cuadro el nombre de la enfermedad que previenen.

RECOMENDACIONES

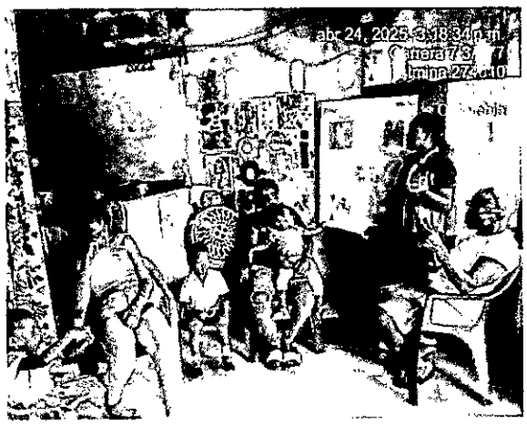
SE LES RECOMIENDA:

- ✓ Vacunar a los niños y niñas
- ✓ Cumplir con las citas programadas
- ✓ Entregar los derechos de garantía de los niños y niñas al día
- ✓ En caso de algún brote llevar a los menores al centro de salud más cercano
- ✓ Estar pendiente a los signos de alarma y síntomas que se presente en los niños y niñas

ACTIVIDAD O COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
Los padres de familia se comprometieron a llevar a los niños y niñas a cada una de las citas programadas de vacunación y en caso de algún signo de alarma frente a las enfermedades inmunoprevenibles llevar a los menores al centro de salud más cercano	JHOANA KATERINE QUINTO MOSQUERA. MARIA FIDELINA MURILLO.	1 al 11 de abril del 2025

REGISTRO FOTOGRÁFICO

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

	
Charla educativa sobre las enfermedades inmunoprevenible.	**Charla educativa sobre las enfermedades inmunoprevenible.**
	
Charla educativa sobre las enfermedades inmunoprevenible.	**Charla educativa sobre las enfermedades inmunoprevenible.**

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

ACTA N°2		
NOMBRE DE LA REUNIÓN: Enfermedades Prevalentes de la Infancia.		
CIUDAD Y FECHA: 28 y 29 de abril de 2025.	**HORA DE INICIO:** 3:00pm	**HORA DE TERMINACIÓN:** 4:30pm
LUGAR:	ISTMINA	
NOMBRE DE LA UDS:	Hogar comunitario Enelisa López, Hogar comunitario Alba Luz Arboleda, Hogar comunitario Luz Yedy Ibarguen, Hogar comunitario Esneider Mena, Hogar comunitario Luz Amparo Urrutia, Hogar comunitario Nury Lozano, Hogar comunitario Luz Mira Montes y Hogar comunitario María Edilsa Moreno, Elizabeth Perea, Ana De Jesús Murillo, Rubis Milena Hurtado, Rosanilia Chori, Sandra Patricia Murillo, Aliria Carpio Chamarra, Igrita Membache, María Juana Antonia Quinto, Ana Rosina Quinto, Gloria Cecilia Mosquera, Ayda Luz Quinto, Deicy Mosquera.	
MODALIDAD:	COMUNITARIA	
ASISTENTES: Padres de familia.		
TEMAS: Enfermedades Prevalentes de la Infancia.		
OBJETIVO		
Socializar los protocolos para la identificación y manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia.		
DESARROLLO DE LA TEMATICA		
El día 28 y 29 de abril del año que transcurre a las 10:00am las enfermeras de apoyo a salud y nutrición da un saludo de bienvenida a los padres de familia, posteriormente realizo la oración dando gracias a Dios por permitirnos estar reunidos en esta capacitación para hablar sobre las enfermedades prevalentes de la infancia impartiendo conocimientos que nos sirven para ayudar a mejorar el estado de Salud de los niños, niñas y familia en general. Luego se les manifestó a los padres de cada una de las UDS por medio de carteleras la importancia de las "Enfermedades Prevalentes en la Infancia" donde Son aquellas que, por factores ambientales o coyunturales, se producen con frecuencia. Se conocen como **Enfermedades Prevalentes de la Infancia** a un conjunto de enfermedades, la mayoría de ellas leves, muy habituales y típicas de la primera infancia. seguidamente se les anuncia a los cuidadores de los niños y niñas las sus causas, síntomas y complicaciones de las enfermedades prevalentes de la infancia para que puedan identificarlas en sus hogares y puedan llevar de manera oportuna a sus hijos al centro de salud más cercano evitando más complicaciones en la salud de los menores que ocasionen la muerte. **LA EDA:** Expulsión frecuente de heces de menos consistencia de lo normal y a menudo acompañada por vómitos y fiebre. "La Eda" Es más intensa en los niños y niñas menores de 5 años, especialmente entre los 6 meses y los 2 años. Después de esta edad la incidencia declina porque los niños y niñas han desarrollado inmunidad a la mayoría de entero patógeno. **SIGNOS Y SINTOMAS:**		

- dolor abdominal, náuseas, Vómitos, fiebre.
- signos de deshidratación.

COMPLICACIONES:

- Dependen de la etiología:
- Colitis hemorrágica.
- Megacolon tóxico, perforación del intestino.
- Síndrome hemolítico urémico
- Artritis reactiva
- Síndrome del intestino irritable pos infeccioso.
- Focos de infecciones extraintestinales a distancia.
- Malnutrición y caquexia.

IRA: Proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias. Puede afectar nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones.

CAUSA: Virus y bacterias.

SIGNOS DE ALARMA EN INFANTES: Hay que estar atentos en los niños y niñas menores de 5 años las siguientes manifestaciones:

- Aumento en la frecuencia respiratoria o respiración rápida.
- Se le hunden las costillas al respirar.
- Presenta ruidos extraños al respirar o "le silba el pecho".
- No quiere comer o beber y vomita todo.
- Fiebre, que no cede con la administración de medicamentos.
- Irritabilidad.
- Decaimiento y somnolencia.
- Ataques o convulsiones.

Seguidamente se les expresa sobre las medidas preventivas para cada una de las enfermedades prevalentes de la infancia ya que es de suma importancia que sepan de ellas para que protejan a sus hijos y así eviten la aparición de estas enfermedades que terminan afectando y complicando la salud de los niños y niñas.

Medidas preventivas de la EDA:

- Usar agua purificada, hervida o clorada
- Lavarse las manos antes y después de ir al baño.

- Lavar y tallar con agua y jabón las verduras y frutas. Aquellas que no se puedan tallar, deberán lavarse con agua.
- Utilizar cuchillos diferentes para alimentos crudos y cocidos.
- Lavar carnes y vísceras antes de su preparación.
- Cocer o freír muy bien los alimentos, sobre todo pescado y mariscos.
- No dejar alimentos cocidos a temperatura ambiente por más de 2 horas.
- En caso de utilizar leche no pasteurizada, hervirla antes de beberla.
- No consumir alimentos después de su fecha de caducidad.
- Limpiar los productos enlatados o que estén en frascos de vidrio, antes de abrirlos y consumirlos.
- Mantener los alimentos tapados y en refrigeración.
- Evitar estornudar, picarse la nariz, toser o escupir frente a los alimentos.

Medidas preventivas de la IRA:

- Lavado frecuente de manos, con agua y jabón o una solución de alcohol glicerinado.
- Evitar saludar de mano o de beso.
- Evitar frotarse los ojos.

Medidas preventivas de la ERA:

- Cubrirse la boca al toser o estornudar.
- Usar toallas de papel para contener las secreciones respiratorias y botarlas a la basura después de su uso.
- Lavarse las manos con agua y jabón después de estar en contacto con secreciones respiratorias y objetos o materiales contaminados.
- Emplear mascarilla o tapabocas cuando vaya a tener contacto con otras personas.
- Evitar permanecer en espacios reducidos con gran número de personas.

Finalmente, se les habla de las estrategias de AIEPI para las enfermedades prevalentes de la infancia que son las que buscan a mejorar la calidad en la atención integral de los niños y niñas ya que es un derecho fundamental, evitando así el número de muertes en los menores de 5 años.

Par culminar la charla educativa las enfermeras realizan dos actividades que consisten en:

Formar grupos de 4 personas para que puedan identificar en la copia que se les entrega con las cuales se pueden prevenir la enfermedad diarreica aguda. Encierra de color azul las acciones que identificas que pueden ayudar a prevenir la enfermedad diarreica aguda.

La otra actividad tiene como objetivo identificar en la copia que se les entrega cuáles son las causas de la enfermedad respiratoria aguda en los niños y niñas, todos los padres de la familia que quieran participar deben encerrar en un círculo rojo las acciones que tú crees que pueden causar gripa o enfermedad respiratoria en los niños y niñas menores de 5 años.

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

RECOMENDACIONES

SE LE RECOMIENDA ALOS PADRES DE FAMILIA:

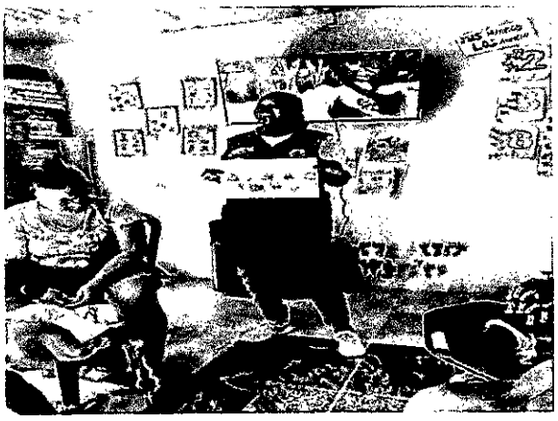
- ✓ Se les recomendó a los padres de familia y usuarios lavar bien los alimentos antes de prepararlos para evitar la aparición de estas enfermedades.
- ✓ Dejar cocinar bien los alimentos antes de brindárselos a los niños y niñas.
- ✓ Utilizar diferentes cuchillos uno para alimentos cocidos y otro para crudos.
- ✓ Evitar que los niños y las niñas estén frecuente mente en los ríos.
- ✓ Lavado frecuente de manos, con agua y jabón o una solución de alcohol glicerinado.
- ✓ Cubrirse la boca al toser o estornudar.
- ✓ Usar toallas de papel para contener las secreciones respiratorias y botarlas a la basura después de su uso.

ACTIVIDAD O COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
Los padres de familia y demás familiares se comprometen a cumplir con cada una de las recomendaciones dadas para evitar la aparición de las enfermedades prevalentes de la infancia evitando la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.	JHOANA KATERINE QUINTO MOSQUERA María Fidelina Murillo	28 y 29 de abril del 2025

REGISTRO FOTOGRÁFICO

	
Socialización de las enfermedades prevalentes en la Infancia.	**Socialización de las enfermedades prevalentes en la Infancia.**

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

	
Socialización de las enfermedades prevalentes en la Infancia.	**Socialización de las enfermedades prevalentes en la Infancia.**

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

ACTA DE N°3		
NOMBRE DE LA REUNIÓN: Importancia del calostro.		
CIUDAD Y FECHA: 21 al 25 de abril de 2025.	**HORA DE INICIO:** 03:00pm	**HORA DE TERMINACIÓN:** 4:30pm
LUGAR:	ISTMINA	
NOMBRE DE LA UDS:	Hogar comunitario Herminia Cortez, Hogar comunitario Débora Valderrama, Hogar comunitario Ana Pilar Murillo, Hogar comunitario Alejandra Murillo, Hogar comunitario Dioris Farnelys Arboleda, Rosa Valois, Julenny Borja y Marlen Vivas.	
MODALIDAD:	COMUNITARIA	
ASISTENTES: Padres de familia.		
TEMAS: Importancia del calostro.		

OBJETIVO

Promover la práctica de la lactancia materna con las mujeres en período de gestación, madres lactantes y familias.

DESARROLLO DE LA TEMATICA

Desde el 21 al 25 de abril del presente año en el Municipio de Istmina las enfermeras Jhoana Quinto y María Fidelina Murillo de apoyo a salud y nutrición realizan un caluroso saludo de bienvenida a los padres de familia posteriormente la psicosocial procede a realizar la oración dando gracias a Dios por este nuevo día que nos permite estar reunidos en dicha capacitación.

Luego las enfermeras dan inicio a la charla educativa sobre la **Importancia del calostro** para que los padres de familia al momento del nacimiento de su hijo puedan brindar esta primera leche de protección al bebé.

Importancia del calostro: El calostro es importante ya que este nos ofrece una leche espesa y algo pegajosa que suele ser de color amarillo o anaranjado. Aporta todos los nutrientes y líquidos que el recién nacido necesita en los primeros días. También contiene muchas sustancias para proteger a su bebé de infecciones.

Esta primera toma también servirá para que su bebé empiece a aprender a mamar. Colocar al bebé recién nacido piel con piel contra el pecho le permite oler el calostro y lo anima de forma natural a prenderse y comenzar su primera toma. De hecho, la fase inicial de la lactancia es un proceso de aprendizaje para la madre y para el bebé.

Seguidamente las enfermeras les hablaron a los cuidadores de los menores sobre la aparición del calostro y sus beneficios para el bebé.

Aparición del Calostro:

El calostro puede aparecer tan pronto como en el segundo trimestre, aunque por lo general será al final del segundo trimestre. No hay necesidad de preocuparse si tus senos comienzan a perder calostro mucho antes de la fecha de parto. Esta pérdida no es un signo de parto prematuro ni significa que no te quedará calostro cuando llegue tu bebé.

Beneficios del calostro para el bebé:

- **Fortalece el sistema inmunitario**

  Contiene anticuerpos, lactoferrina y glóbulos blancos que ayudan a proteger al bebé de virus y bacterias.

- **Promueve el desarrollo intestinal**

  Recubre el intestino del bebé y estimula su crecimiento.

- **Ayuda a eliminar el meconio**

  El calostro actúa como laxante suave, lo que ayuda a limpiar los intestinos del bebé de desechos.

- **Favorece el aumento de peso**

  Contiene proteínas y nutrientes esenciales que ayudan al bebé a crecer y aumentar de peso.

- **Es fácil de digerir**

  El calostro está diseñado para que el estómago del recién nacido pueda digerirlo.

- **Ayuda a evitar la ictericia**

  Reduce la posibilidad de que el bebé sufra ictericia, un síntoma de problemas de hígado.

Por otro lado, se les explica a los padres de familia cuánto dura el periodo entre el calostro y la leche regular. Por lo general, tus senos comenzarán a sentirse más firmes después de aproximadamente tres o cuatro días. Esta es una señal de que está llegando la leche normal. Muchos médicos y expertos en lactancia materna enfatizan la importancia del calostro en parte porque esta fase es muy breve. Una vez transcurrido, ya no habrá, y todos esos beneficios del calostro también se habrán ido.

Para finalizar la charla educativa las enfermeras tuvieron a bien realizar una actividad con los padres de familia llamada **identificando la importancia del calostro,** en esta actividad la enfermera entrega a cada grupo la copia y los participantes deberán Leer cada término y el concepto correspondiente que aparece en el cuadro, usaran un color diferente para cada termino y pintaran tanto el termino como su definición con el mismo color.

RECOMENDACIONES

SE LE RECOMIENDA ALOS PADRES DE FAMILIA:

- ✓ Brindar la primera vacuna natural (calostro)
- ✓ No desechar el calostro
- ✓ Brindar la lactancia materna a demanda
- ✓ Él bebe debe recibir el calostro con frecuencia
- ✓ En caso de dificultad con la lactancia buscar ayuda profesional

ACTIVIDAD O COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

Los padres de familia y demás familiares se comprometen a ofrecer el calostro a los bebés durante los primeros meses de vida debido a que este aporta los nutrientes y líquidos que él bebé necesita en esos días.	JHOANA KATERINE QUINTO MOSQUERA. MARÍA FIDELINA MURILLO.	21 al 25 de abril del 2025

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Charla educativa sobre la importancia del calostro.



Charla educativa sobre la importancia del calostro.



Charla educativa sobre la importancia del calostro.



Charla educativa sobre la importancia del calostro.

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

TEMA: LACTANCIA MATERNA (CALOSTRO).
FECHA: 28-30 DE ABRIL
REESPONSABLE: JHOANA KATERIN E QUINTO MOSQUERA.

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Rubiela M.H	1128729098	A.G.E	Rubiela
Alexandra L	35589937	A.G.E	Alexandra
LESNI CORDOBA	1148191644	A.G.E	LESNI
Cindy Valencia	1079094999	A.G.E	Cindy V.
Lucy MOSQUE	1079095125	A.G.E	Lucy M.
Yenny Mosquera	1076327446	A.G.E	yenny M.
Yiceth C.M	1007545001	A.G.E	Yiceth C.M
Inori M.M.	1079092143	A.G.E	Inori

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

TEMA: LACTANCIA MATERNA (CALOSTRO).
FECHA: 1-4 DE ABRIL
RESPONSABLE: JHOANA K. QUINTO M.

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Yarle Rivas	1078986077	Mineria	Yarle Rivas
Karen Ordoñez	1003850943	MCf	Karen Ordoñez
Mary luz V.V.	1073987239	Made. C. f.	Maryluz V.V.
Jasney Cuesta	43598991	M. sustituta	Jasney Cuesta
Mirella Vargas	1076325964	ama de casa	Mirella
Gustavo Valencia	1038174328	Aux Bodega	Gustavo
Elibeth Garcia	1007352558	Ama de Casa	Elibeth Garcia.
Tuliana Mercado	1076331850	Ama de casa	Tuliana M.
Helen parra	1143953670	Ama de casa	Helen Parra
Ximena Sandoval	1007252098	Ama de Casa	Ximena
Ximena Sandoval	1007252098.	Ama de casa	Ximena
Yuridya Mendoza	1076326841	Ama de casa	Yuridya M.
Kelly Valencia	1076334319	Ama de casa	Kelly Valencia

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

TEMA: ENFERMEDADES PREVALENTES E INMUNOPREVENIBLES.
FECHA: 21-25 DE ABRIL
REESPONSABLE: JHOANA KATERINE QUINTO MOSQUERA.

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jady Rivas	1077198009	Madre	Jady
YesicaPaola M	1078982 69	Madre	YesicaPaola M
Cleida Rivas	1006278276	Madre	cleida R.
Karen Yulissa	1076325937	Madre	Karen Y.
SANDRA T	1078986852	MADRE	SaNDRA T
Katherine M	1076329026	MADRE	KatherineM

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

TEMA: ENFERMEDADES PREVALENTES E INMUNOPREVENIBLES
FECHA: 7-11 DE ABRIL.
REESPONSABLE: JHOANA K. QUINTO M.

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Gloria Murillo	1076333074	madre	Gloria Murillo
Johana Caicedo	1020744984	madre	Johana
Heidy asprilla	1078986246	madre	Heidy
Karoll cortez	1110044053	madre	Karoll cortez
Luz Stella V.I	1017145250	Padre	
Yenifer Mosquera	1004052643	madre	Yenifer Mosquera
Maria Eugenia P.	1076818604	Madre	Maria E Palacios.

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

TEMA: Importancia del calostro, enfermedades trasmisibles por alimento y enfermedades inmunoprevenibles.
FECHA: 4/04/2025
REESPONSABLE: Maria Fidelina Murillo Tenya

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Luisa Fernanda	1.129045608	Hamai de casa	Luisa Fernanda
Michel collazo	35 697855	Ama de casa	Michel collazo
Michel collazo	1076520005	Juan de dios	Michel collazo
Emerita Mosquera	26.257.383	Ama de casa	Emerita Mosquera
Darlin Murillo	1.076320005	coleccion celebrate	Darlin Murillo
Rosa Valencia	356 95877	Docente	Rosa

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

TEMA: Enfermedades inmunoprevenibles y enfermedades trasmitidas por alimento
FECHA: Importancia del calostro 24/04/2025
REESPONSABLE: Maria Fidelina Murillo Longa

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Claudia Jineth R	35697333	Ag. Educativa	Claudia R. M.
Marbeis Perea	26328745	Ag. Educativa	
Yadira Estella L.M	35697157	Ag. Educativo	Yadira Lesdo
Marlen Rocio	1076325910	Ag Educativa	Marlen
Francia D-	26328690	Ag Ed.	Francia D-
Shirlen Ramirez	35697495	Agente Educati.	Shirlen Ramirez.
Rosa Ovidia. Val	35695811	Agente Educ	Rosa Ovidia V.
Ana Rosa Q	35696032	Agente Educ	Ana Quinto
Gloria Cecilia	1076323939	Agente Educativo	Gloria
Leonila Perea	26329134	A. E.	Leonila P.
Mª Juana A Q	35696478	Agente E.	Mª Juana A

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"

NIT: 900.898.122-9

TEMA: Enfermedades transmitidas por alimento, importancia del calostro y enfermedades inmunoprevenible

FECHA: 11/04/2025

RESPONSABLE: Maria Fidelina Murillo Longa

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Lyely Palacios	1076336204	Trabajadora	Lyely P. M
Maribel Murillo	1003850443	Ingeniera Ambiental	Maribel Murillo
Diana Marcela M.	1077450932	Trabajadora Social	Diana Murillo
Mayerlin Perea		Ama de casa	Mayerlin Perea
Yulisa P. C.	1003931484	Trabajadora	Yulisa palacios
Yinna Hinestroza A	1007155732	Ama de casa	Yinna Hinestroza A.
Darlyn m.	1079101595	Ama de casa	Darlyn m.
Angelica H. C.	1005878078	Ama de Casa	Angelica

JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C 1.077.439.988 De Quibdó
Representante Legal



FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

VISITAS A UDS

COMPONENTE

SALUD Y

NUTRICIÓN

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

INFORME MENSUAL BITACORA DE ACTIVIDADES					
COMPONENTE: Salud y Nutrición			NOMBRE DEL RESPONSABLE: Jhoana Katerine Mosquera Quinto	PERIODO REPORTADO: Abril	
FECHA	LUGAR	ESTRATEGIA DEL SERVICIO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	NOVEDADES	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
7-11 De Abril	B/CUBIS-CHAMBLUM. B/CUBIS-MESETA ALTA. B/CUBIS DIVIN O NIÑO.	ESTRATEGIA: ACOMPAÑAMIENTO A UDS. SEGUIMIENTO A LOS DERECHOS DE GARANTIA 1.En mi cuaderno de novedades al revisar las carpetas fui anotando cada uno de los beneficiarios que tenían los documentos incompletos o desactualizados. 2.despues de revisar las carpetas y anotar a cada madre comunitaria le informe que beneficiarios no cuentan con los	La docente Diana Belinda Riso hablo con los padres de familia para la entrega de los documentos y su actualización, comentándoles sobre los hallazgos que dejaron los supervisores del ICBF, le informo a los padres de familia que para después de semana santa todos los beneficiarios debían tener los documentos completos en las carpetas. La Madre comunitaria Yenny Martínez le manifestó a la enfermera que la visita de supervisión dejo varios hallazgos en el cual ha venido trabajando en ellos para tener toda la documentación al día, hablo con los padres de familia de los niños y niñas que tienen inconvenientes con la documentación para que se pusieran al día al regreso de la semana santa.	La enfermera le manifestó a la docente Diana Belinda riso que tenía 8 beneficiarios con la documentación incompleta y desactualizada. A la Docente Yenny Martínez se le hablo sobre los 9 beneficiarios que aún no cumplen con los derechos de garantía actualizados y completos para	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.

		documentos actualizados y completos para que cuando los padres los vayan a dejar al hogar la docente pueda hablar con ellos y así evitar que la visita deje los mismos hallazgos u otros.	La Docente Edna Agualimpia organizo y lleno los documentos que faltaban en las carpetas entregados por la coordinadora, por otro lado, hablo con los padres de familia sobre los niños que aun después de la semana santa no se han puesto al día con la documentación que corresponde tener en las carpetas ya actualizadas.	que durante las reuniones hable con los padres de familia y evitemos hallazgos durante las visitas de los profesionales del ICBF. La enfermera de apoyo a salud y nutrición le recomendó a la seño Edna Agualimpia tener un cuaderno de novedades donde pueda anotar los niños y niñas que no cumplen con los documentos actualizados y completos.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera

			La enfermera Jhoana Quinto al llegar a la Uds de la docente Luz marciana Aguilar observo que la documentación de algunos beneficiarios ya estaba completa, actualizada y organizada. Con la docente Nelly Ibarguen se logro un buen avance en la recolección de la documentación al igual que su actualización, debido a que hablo con los padres de familia sobre la visita que tuvo de los supervisores del ICBF y los hallazgos que dejaron, el cual muchos padres de familia llevaron los papeles que tenían en casa ya actualizados e impresos.	La enfermera al escribir en su cuaderno de novedades los hallazgos encontrados en 8 carpetas de los beneficiarios le informo a la docente sobre cuales son eso menores para que pueda pedir la documentación actualizada y faltante de cada uno de ellos. Se le informa a la docente seguir recogiendo la papelería de los 9 beneficiarios actualizados para que cuando la visita de supervisión vuelva ya todos los	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.

		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EXPLICACIÓN SOBRE LA ROTULACIÓN DE LOS ALIMENTOS.	La enfermera les indico a las madres comunitarias como rotular los alimentos cada 15 días que llega la alimentación. Primero deben colocar el nombre del producto, luego la fecha de ingreso y por ultimo la fecha de vencimiento con letras legibles. También les dijo que cada vez que arreglaran la alimentación fueran haciendo la rotulación de los alimentos para que no se quedaran con las fechas anteriores porque la visita dejaría un hallazgo por mala rotulación.	documentos estén al día. Se le informo a la madre comunitaria Edna Agualimpia que todos los alimentos dados por el operador que hacen parte de la minuta patrón deben estar rotulados correctamente.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
NOMBRE DE LA UDS: Hogar comunitario Diana Belinda	TOTAL, DE PARTICIPANTES: 61.	PARTICIPANTES EN EL MES: Hogar Diana Belinda Riso: 10 Hogar Luz Marciana: 13 Hogar Yenny Martínez:13, Hogar Edna Agualimpia:	REMITIDOS APOYO PSICOSOCISL	REMITIDOS APOYO NUTRICIONAL. Thiago Andrey Rivas Álvarez.	OBSERVACIONES. Al realizar el seguimiento nutricional del niño se hablo con la madre del menor para que el suplemento se lo diera 4

Riso, Hogar comunitario Yenny Martínez, Hogar comunitario Luz Marciana y Hogar comunitario Edna Agualimpia y Nelly Ibarguen.		12 y Hogar Nelly Ibarguen:13		Liam David Rivas.	veces al día por orden de la nutricionista del programa, debido a que el niño aun no sube de peso y no llegue a una desnutrición severa. Se le recomendó a la docente estar pendiente sobre la ingesta de los alimentos del menor durante este en el hogar para evitar que nos baje de peso al igual que avisarle a la madre sobre el estado nutricional del niño ya que se encuentra en Riesgo de desnutrición para que nos colabore brindando una alimentación adecuada y saludable al niño.
FIRMA DEL PROFESIONAL:					

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

SERVICIO DE EDUCACION INICAL- MODALIDA FAMILIAR COMUNITARIA- HCB

NOTA: ANEXAR LISTADO DE ASISTENCIA, Y REGISTRO FOTOGRAFICOS

JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C 1.077.439.988 De Quibdó
Representante Legal

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

305

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

REGISTRO FOTOGRÁFICO

	
Seguimiento a los derechos de garantía.	**Seguimiento a los derechos de garantía.**
	
Seguimiento nutricional.	**Seguimiento nutricional.**

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

306

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

INFORME MENSUAL BITACORA DE ACTIVIDADES					
COMPONENTE: Salud y Nutrición			NOMBRE DEL RESPONSABLE: Jhoana Katerine Mosquera Quinto	PERIODO REPORTADO: Marzo	
FECHA	LUGAR	ESTRATEGIA DEL SERVICIO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	NOVEDADES	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
21-24 De Abril	B/CUBIS-AFRICA B/CUBIS-MESETA ALTA B/CUBIS SANTAGENOVEBA B/CUBIS-MESETA BAJA	ESTRATEGIA: ACOMPAÑAMIENTO A UDS. SEGUIMIENTO A LOS DERECHOS DE GARANTÍA. 1.Hacer seguimiento a los derechos de garantía todos los meses. 2.Informar a cada una de las docentes sobre la información obtenida para un buen mejoramiento de los derechos de garantía.	Al realizar la revisión de las carpetas de la docente Herminia Cortez se evidencio que los beneficiarios que faltan por la papelería al día son 5, donde la docente manifestó haber hablado con los padres de familia para tener todo al día en las carpetas. Referente a los hallazgos dejado por la supervisora del ICBF, la Docente Débora Valderrama ha ido solicitando los documentos actualizados y faltantes a los	La enfermera en su cuaderno de novedades anoto cada uno de los beneficiarios que faltan por entregar y actualizar documentos, envió foto de lo escrito a la madre comunitaria para que ella hablara con los acudientes d ellos menores. A la docente Débora Valderrama se le hizo saber sobre los niños y niñas	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.

304

			cuidadores de los niños y niñas para tener todo al día.	que deben actualizar los documentos al igual que los beneficiarios que faltan por entregar la copia de los documentos que reposan en las carpetas.	
			La docente Ana Pilar Murillo tiene sus carpetas organizadas y la mayoría d sus beneficiarios están con sus documentos completos y al día.	Se le recomendó a la docente hablar con los padres de familia de los tres beneficiarios que faltan por actualizar y entregar los documentos para que puedan cumplir con los parámetros que estipula el ICBF para recibir a los niños y niñas en	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.

				los hogares comunitarios.	
			La docente Dioris Fanerys a logrando un excelente avance en la actualización y entrega de documentos por parte de los padres de familia.	La enfermera hablo con la docente Dioris Fanerys arboleda sobre los dos beneficiarios que faltan por tener la papelería en sus carpetas completas, donde informo que ya hablo con los padres de familia sobre los documentos que faltan de los menores. regla como debe ser.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
			La docente Alejandra Murillo cuando la enferma Jhoana quinto realizo la revisión de las carpetas le manifestó que tenía 4 niños que faltaban por actualizar los documentos y entregar, que los padres de familia quedaron de llevarlos después que entraran de la semana santa.	Se le hizo la observación docente Alejandra que estuviera pendiente de la entrega de los documentos de	

		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EXPLICACIÓN SOBRE LA ROTULACIÓN DE LOS ALIMENTOS.	La enfermera Jhoana quinto les pregunto a las docentes como les había ido con la rotulación de los alimentos durante la visita de supervisión, donde manifestaron que bien. De igual manera se les explico que para rotular los alimentos primero deben poner el nombre del producto, luego la fecha de ingreso y por ultimo la fecha de vencimiento para evitar hallazgos.	los beneficiarios por que los padres de familia de algunos beneficiarios no estaban ayudando al proceso de los menores el cual impedía un buen avance con el trabajo.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
NOMBRE DE LA UDS: Hogar comunitario	TOTAL, DE PARTICIPANTES: 60.	PARTICIPANTES EN EL MES: Hogar Herminia Cortez: 11, Hogar Débora Valderrama:13, Hogar	REMITIDOS APOYO PSICOSOCISL	REMITIDOS APOYO NUTRICIONAL.	OBSERVACIONES.

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

Herminia Cortez, Hogar comunitario Devora Valderrama, Hogar comunitario Ana Pilar Murillo, Hogar comunitario Farnelys Arboleda y Hogar comunitario Alejandra Murillo.		Ana pilar Murillo:12, Hogar: Fanerys Arboleda 13 y Hogar Alejandra Murillo: 11			
FIRMA DEL PROFESIONAL:					

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

SERVICIO DE EDUCACION INICAL- MODALIDA FAMILIAR COMUNITARIA- HCB

NOTA: ANEXAR LISTADO DE ASISTENCIA, Y REGISTRO FOTOGRAFICOS

JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C 1.077.439.988 De Quibdó
Representante Legal

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

212

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

REGISTRO FOTOGRÁFICO

	
Seguimiento a los derechos de garantía.	**Seguimiento a los derechos de garantía.**
	
Seguimiento nutricional.	**Seguimiento nutricional.**

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

313

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

INFORME MENSUAL BITACORA DE ACTIVIDADES					
COMPONENTE: Salud y Nutrición			NOMBRE DEL RESPONSABLE: Jhoana Katerine Mosquera Quinto	PERIODO REPORTADO: Abril	
FECHA	LUGAR	ESTRATEGIA DEL SERVICIO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	NOVEDADES	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
28-30 De Abril	POTEDO PAITO PLAYA GRANDE BASURU CARMELITA	ESTRATEGIA: ACOMPAÑAMIENTO A UDS. SEGIMIENTO A LOS DERECHOS DE GARANTIA. 1.Después de la supervisión de la visita por porte del ICBF la enfermera realiza la revisión de las carpetas de cada uno de los beneficiarios. 2.Mirar que los documentos que	La docente Enelisa López le informo a la enfermera que no ha sido fácil la entrega de los documentos de los beneficiarios por lo que se encuentran en zona dispersa y la energía no es constante pero que en la reunión informo a los padres de familia que los niños que faltan por tener la documentación actualizada y por entregar en el transcurso del mes de mayo se colocaran al día. Con la docente Alba Luz Arboleda nos hemos comunidad por vía whatsapp para mirar cómo va el proceso de actualización y	La enfermera le recomienda a la docente Enelisa López seguir insistiendo a los padres de familia sobre la documentación de los beneficiarios para cuando llegue la visita todo este en orden. Se le sugirió a la docente Alba Luz Arboleda que hablara con los	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.

314

		reposan en las carpetas sean de este año.	entrega de los documentos por parte de los cuidadores de los menores, donde me manifiesta que ya muchos le han entregado y con los que faltan les ha dicho que deben entregarlos por que la visita va en mayo.	padres de familia que como están en zona dispersa donde no hay energía constante le dieran para sacar las copias acá en Istmina cuando ella viniera a las capacitaciones y así poder adelantar con el proceso.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
			Por otro lado, la madre comunitaria Luz Yedy Ibarguen al realizar la revisión de las carpetas le informo a la enfermera que aún faltaban niños por entregar y actualizar los documentos que reposan en las carpetas pero que seguirá hablando con los acudientes de los niños y niñas para que se pongan al día	La docente Luz Yeidy tiene la mayoría de los beneficiarios con la documentación desactualizada se le dijo que hablara con los padres de familia para que llevaran a los menores al centro de salud más cercano para la atención a	

315

				crecimiento y desarrollo y vacunación.	
			Al realizar el seguimiento a los derechos de garantía de la docente Esneider se evidencio que hay muchos niños y niñas con el carnet de crecimiento y desarrollo desactualizado, la docente manifiesta que en ocasiones a muchos padres de familia les queda difícil trasladarse a otro municipio peo que sin embargo alguno acudientes le han manifestado que les de una espera para poder llevar a los menores a la atención.	Se le recomendó a la Docente Esneider que estuviera pendiente a las brigadas o a los equipos básicos que se desplazan a las comunidades a atender a los niños y niñas para que los padres de familia los lleven y así puedan actualizar el carnet de vacuna y crecimiento y desarrollo.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
			La docente Luz Amparo Urrutia le manifestó a la enfermera que ya está avanzando en la organización de la papelería aun que ha habido dificultades con algunos padres para la entrega de los documentos actualizados.	La madre comunitaria Luz Amparo Urrutia tiene aún algunos niños y niñas con	

			Por otro lado, me informo que ya ha ido descargando los fosyga y Sisbén de algunos beneficiarios que no cuentan con ellos.	documentos desactualizados al igual que sin entregarlos, se le sugirió seguir insistiendo a los cuidadores de los niños sobre la entregada de los mismo.	
			La docente Nury Lozano ha logrado que ya algunos papitos entreguen la documentación de los niños y niñas actualizadas, al igual que la copia del fosyga de los que faltan.	Se le sugirió a la docente anotar en su cuaderno de novedades los niños y niñas que faltan por entregar la documentación y su actualización para que peda estar informándole a los acudientes y así avanzar en el proceso.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.

314

			La madre comunitaria María Edilsa Moreno el día Lunes en compañía de sus alumnos volvió a revisar las carpetas observando que algunos niños ya están al día con la documentación.	La enfermera de apoyo a salud y nutrición le dijo a la docente Edilsa que tuviera pendiente de los niños y niñas que faltan por actualizar y entregar los documentos para que los cuidadores se pongan al día y eviten hallazgos en la visita.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: SEGUIMIENTO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON MALNUTRICIÓN.	La enfermera de apoyo a salud y nutrición realizo seguimiento al primer tamizaje nutricional en el hogar de la madre comunitaria María Edilsa Moreno, Luz Mira Montes y Alba Luz Arboleda para mirar cómo está el estado nutricional de los niños y niñas de estas unidades de servicio ya que se encuentran en Riesgo de desnutrición en el primer tamizaje nutricional.	Se les recomendó a las docentes estar pendiente de la ingesta de los alimentos de los niños y niñas durante la atención, y así mismo hablar con los padres de familia para que las apoyen	

3/8

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

				brindando una alimentación adecuada y saludable a los beneficiarios para que puedan estar en su estado nutricional adecuado de acuerdo a su edad.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
NOMBRE DE LA UDS: Hogar comunitario Enelisa López, Hogar comunitario Alba Luz Arboleda, Hogar comunitario Luz Yedy Ibarguen, Hogar comunitario	TOTAL, DE PARTICIPANTES:94	PARTICIPANTES EN EL MES: Hogar Nury Lozano: 11 Hogar María Edilsa Moreno: 13 Hogar Esneider Mena: 13 Hogar Luz Yedy Ibarguen: 10 Hogar Alba Luz Arboleda: 13 Hogar Luz Amparo Urrutia: 13 Hogar Enelisa López: 11 Hogar Luz Mira Montes: 10	REMITIDOS APOYO PSICOSOCISL	REMITIDOS APOYO NUTRICIONAL. Saranny Moreno Yeily Palencia Jhordin Smith Valois Leslin Murillo Lianny Martinez Amaia Córdoba	OBSERVACIONES Estar pendiente a la alimentación de los menores durante estén en el hogar comunitario.

Flor María Martínez y Hogar comunitario Esneider Mena, Hogar comunitario Luz Amparo Urrutia, Hogar comunitario Nury Lozano, Hogar comunitario Luz Mira Montes y Hogar comunitario Mari Edilsa Moreno.					
FIRMA DEL PROFESIONAL:					

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

SERVICIO DE EDUCACION INICAL- MODALIDA FAMILIAR COMUNITARIA- HCB

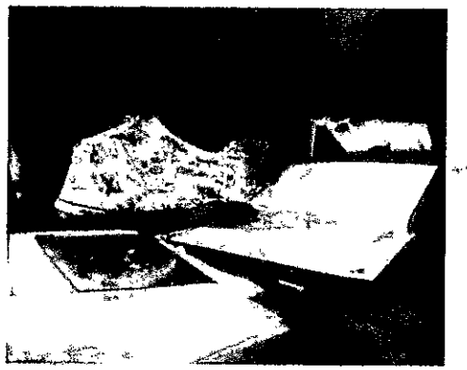
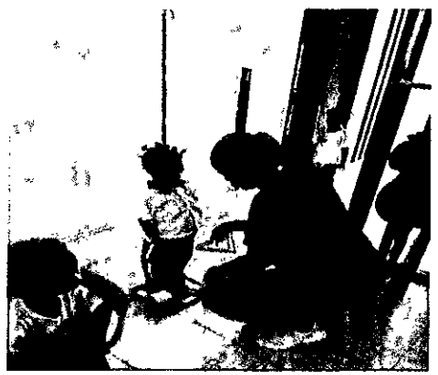
NOTA: ANEXAR LISTADO DE ASISTENCIA, Y REGISTRO FOTOGRAFICOS

JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C 1.077.439.988 De Quibdó
Representante Legal

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

REGISTRO FOTOGRÁFICO

	
Seguimiento a los derechos de garantía.	**Seguimiento a los derechos de garantía.**
	
Seguimiento nutricional.	**Seguimiento nutricional.**

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

322

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

INFORME MENSUAL BITACORA DE ACTIVIDADES					
COMPONENTE: SALUD Y NUTRICION			**NOMBRE DEL RESPONSABLE:**	**PERIODO REPORTADO: Marzo**	
FECHA	**LUGAR**	**ESTRATEGIA DEL SERVICIO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**	**RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS**	**NOVEDADES**	**RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD**
1, 2, 3, 4 Abril del 2025	Istmina B/ san agustin B/ san agustin B/ san agustin B/ san agustin	**ESTRATEGIA: ACOMPAÑAMIENTO A UDS.** En el hogar de la madre comunitaria hice una revisión de la minuta, cómo se guardaban los alimentos y cómo se preparaban, asegurándome de que en realidad se preparara lo que correspondía a cada día y que no tuvieran ningún alimento vencido o en mal estado además hice revisión de las carpetas nuevamente ya que la visita estaba	**La Madre Comunitaria** Francia Dávila Yadira leudo y Nancy Bazan: en el hogar de las madres antes mencionada pude evidenciar un mal almacenamiento de los alimentos. La visita de supervisión estuvo visitando el hogar de las madres comunitarias y les dejaron ciertos hallazgos por la documentación que debe ir en la carpeta, para lo cual implemente estrategias que me permitieran susanar dichos hallazgos, con apoyo de las madres comunitarias Yadira, Francia y bazana	Durante las visitas a estos 4 hogares : Marlenis perea , Francia Davila, Leonila Perea y Yadira Leudo, observé algunas novedades. Noté que ninguno de los hogares tenía los alimentos rotulados, no contaba con el consentimiento informado de los padres de familia firmado en las carpetas, aun tenían registros civiles ilegibles Se le recomendó que convocara a los padres para que firmaran toda la documentación correspondiente y llevaran copias de los registro claras y legibles como la exige la visita	MARIA FIDELINA MURILLO LONGA

		encontrando ciertos hallazgos con relación a la papelería de los niños y niñas. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Revisión de la minuta -Volver a realizar la revisión de carpetas de acuerdo con lo que exige la visita Eliminar de las carpetas registros y documentos que esten ilegibles	realizamos llamadas telefónicas a los padres de familia para que a la hora que fueran a recoger a los niños y niñas llevaran el documentó requerido Cuando los niños iban a recibir los alimentos en compañía de las madres comunitarias les enseñamos como lavarse las manos de manera correcta y organizada ya que es de vital importancia enseñarle a todos los niños y niñas que deben lavarse las manos antes de consumir cualquier tipo de alimento Le ayude a las madres comunitarias Yadira, Francia y Baza a proporcionar alimentos a los niños más pequeños y enseñarles a usar la cuchara.	La madre comunitaria Yadira Leudo se comprometió a conversar con los padres de familia para que entregaran esos documentos lo antes posible, ya que de no hacerlo estarían vulnerando los derechos de sus hijos.	

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

NOMBRE DE LA UDS: hogar marlenis perea , hogar Francia davila , hogar Leonila perea , Yadira leudo	TOTAL, DE PARTICIPANTES:47	PARTICIPANTES EN EL MES: Hogar Marlenis perea:11 Hogar Francia Davila:11 Hogar Leonila perea:12 Hogar Yadira leudo:13	REMITIDOS APOYO PSICOSOCISL	REMITIDOS APOYO NUTRICIONAL	OBSERVACIONES Se les recomendó rotular los alimento, almacenar los alimentos en un lugar limpio y adecuado, y presionar mas a los padres de familia a que asistan a las reuniones a que no le vulneren los derechos a sus niñas y niños
FIRMA DEL PROFESIONAL: María Fidelina Murillo Longa					

FOTOGRAFIA

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9



JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C 1.077.439.988 De Quibdó
Representante Legal

INFORME MENSUAL BITACORA DE ACTIVIDADES		
COMPONENTE: SALUD Y NUTRICION	**NOMBRE DEL RESPONSABLE: MARIA FIDELINA MURILLO LONGA**	**PERIODO REPORTADO:**

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

FECHA	LUGAR	ESTRATEGIA DEL SERVICIO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	NOVEDADES	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
7,8,9,10,11 de del 2025.	B/ san Agustín B/san Agustín B/san Agustín B/ independencia B/ san francisco	**ESTRATEGIA: ACOMPAÑAMIENTO A UDS.** REVISION DE LA MINUTA REVISON DE LAS CARPETAS Eliminar de las carpetas algunos documentos que tenían del año anterior, puesto que están vencidos **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** **REVISION DE LA MINUTA**	Hogar Comunitario Maria Antonia Murillo , el día 8 de abril visite el hogar de la señora maría Antonia ella muy amablemente me recibió le pedí permiso para dar inicio al desarrollo de las actividades de ese día , inicie revisando la minuta que tocaba para ese día , luego revise donde almacenaba los alimento , le revise alimento por alimento para ver si tenía algún alimento en mal estado o con fecha de vencimiento , ese mismo día llego la visita ella de manera muy amable recibió a la señora victoria , quien finalizando su visita dejo algunos hallazgo y los que eran del componente salud y nutrición aproveche y los susane ese mismo dia llamando a los padres de familia y pidiéndole el favor que llevaran el carnet actualizado el de la ultima cita **Hogar comunitario Claudia Yineth** Rodríguez: con la madre comunitaria claudia trabajamos lo que fue la rotulación de alimentos he hicimos un listado de los niños que no tiene, ni salud ni adres la revisión de la minuta la hice, antes ya que ella trabaja en un agrupado.		MARIA FIDELINA MURILLO LONGA

327

		REVISION DE CARPETAS **LISTADOS DE NIÑOS SIN SIBEN Y SIN SALUD**	Hogar comunitaria Nancy Bazán: La madre comunitaria Nancy basan se le colaboro en la organización de las carpetas también ya que es una de las madres más quedada en cuanto a la papelería y hice revisión de la minuta y si están preparando la alimentación con el día que corresponde, pero les falta rotular los alimentos y marcar cada tarro donde almacenan los alimentos . Nota: Se organizó una reunión con los padres de familia Hogar comunitario Shirlen Ramírez: en el hogar de la docente shirlen Ramírez di inicio a mis actividades con un saludo de bienvenida luego procedí a realizar las charlas con los padres de familia donde cada uno de ellos participo activamente dando su punto de vista acerca de cada una de las enfermedades y la importancia de la lactancia materna he importancia del calostro. finalice la jornada haciendo la revisión de las capetas nuevamente, aunque ella es muy organizada con sus carpetas algunos beneficiarios tenían los registros civiles ilegibles. Además, hice revisión de la minuta mirando la fecha de vencimiento a los alimentos, como y donde los almacenaban.		

			Mientas la docente preparaba los alimentos ese día proveche para interactuar con los niños y realice una actividad relacionada con el Día mundial de la Salud, utilizando un juguete que había en la unidad. Mientras jugábamos, les explicaba la importancia de que sus padres los lleven a sus citas de vacunación y que debían recibir los alimentos que le brindaba la profe, que es muy importante comer frutas para que crezcan sano y fuerte Hogar comunitario Rosa O Valois: La seño Rosa me permitió el ingreso a su unidad de servicio donde trabajamos organización de la minuta, y en la cantidad que se le debía servir a cada niño acorde a su edad, a la hora del almuerzo antes y después de que los niños recibieran los alimentos realizamos un lavado de mano con los niños y la madre comunitaria. Después del almuerzo muchos niños hicieron siesta y aproveche para volver a revisar las carpetas ya que el mes pasado algunas carpetas estaban desactualizadas. Como resultado de esa revisión de las carpetas pude evidenciar el avance que obtuvo la docente. Hogar comunitario Juleni Borja.		

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

			En el hogar de la docente Juleni Borja se programo y se realizó una reunión con los padres de familia donde se brindo unas charlas de Las enfermedades inmunoprevenibles y trasmitidas por alimentos, también aproveche para implementar estrategias que nos permitieran Subsanar los hallazgos del componente salud y nutrición que dejo la visita.		
NOMBRE DE LA UDS: **Hogar Comunitario Maria Antonia Murillo , Hogar comunitario Claudia Yineth Rodríguez: Hogar comunitaria Nancy Bazán, Hogar comunitario Shirlen Ramírez: Hogar comunitario**	**TOTAL, DE PARTICIPANTES:** **64**	**PARTICIPANTES EN EL MES:** **Hogar Comunitario Maria Antonia Murillo:13** **Hogar comunitario Claudia Jineth Rodríguez:13** **Hogar comunitaria Nancy Bazán:12** **Hogar comunitario Shirlen Ramírez: 13** **Hogar comunitario Rosa O Valois:13**	**REMITIDOS APOYO PSICOSOCISL**	**REMITIDOS APOYO NUTRICIONAL**	**OBSERVACIONES** Es importante que las madres comunitarias , sigan comunicándose con los padres de familia ya que unos los citas y van muy pocos padres de familia a las reuniones que estamos organizando el equipo y es una sola ves al mes por lo tanto los padres de familia deben comprometerse asistir el día que se les cite.

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

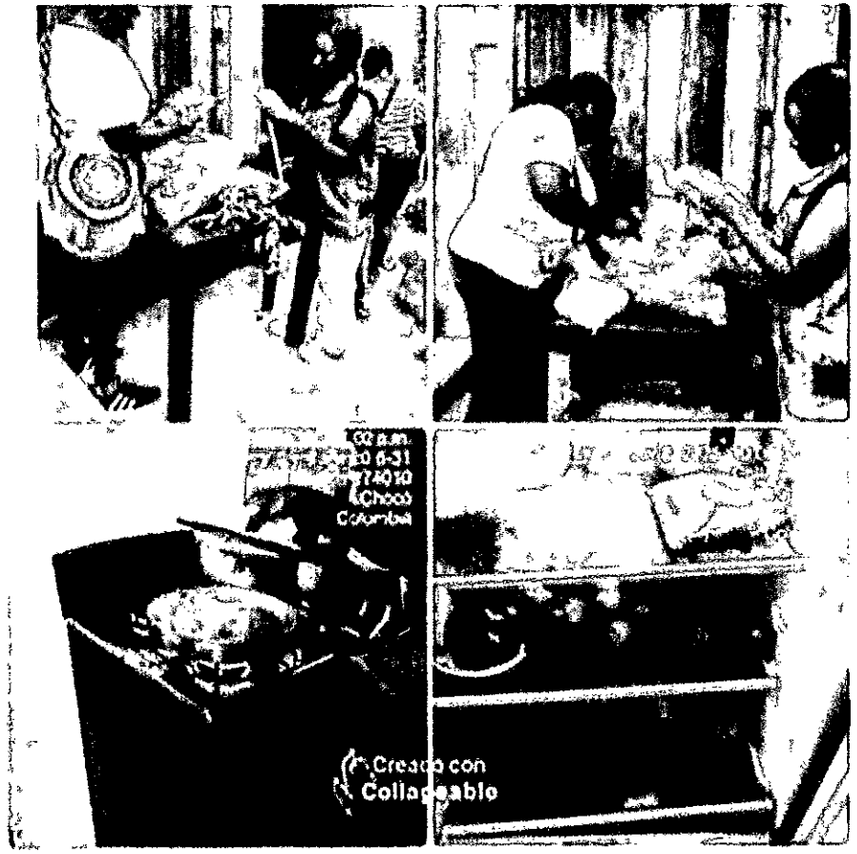
FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

Rosa O Valois: **Hogar comunitario Juleni Borja.**		**Hogar comunitario Juleni Borja.**			
FIRMA DEL PROFESIONAL: María Fidelina Murillo Longa					

Registro fotográfico

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9



JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C1.077.439.988;De.Quibdó
Representante Lega

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

332

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

INFORME MENSUAL BITACORA DE ACTIVIDADES					
COMPONENTE: SALUD Y NUTRICION			**NOMBRE DEL RESPONSABLE:**	**PERIODO REPORTADO:**	
FECHA	**LUGAR**	**ESTRATEGIA DEL SERVICIO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**	**RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS**	**NOVEDADES**	**RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD**
29 y 30 de Abril del 2025	B/ Edwardo Santo B/ san fráncico V/ San Antonio V/ Guiniguini V/ Olave indio V/ Doido V/ San cristobal V/ Union choco V/ Boca de Luis	**ESTRATEGIA: ACOMPAÑAMIENTO A UDS :** **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** REVISION DE LA MINUTA **REVISION DE LAS CARPETAS** **CAPACITACION SOBRE LA LACTANCIA MATERNA**	**Hogar comunitario Juleni Borja.** La madre comunitaria organizó cuidadosamente las carpetas de sus beneficiarios, lo que facilitó su revisión. Sin embargo, al revisar, se percató de que algunas de ellas carecían del consentimiento informado de los padres. **Hogar comunitario Marlen Vivas :** En el hogar de la seño marlen vivas a la hora de realizar dichas charlas con	Se observó un notable compromiso por parte de las madres comunitarias en el proceso de revisión de carpetas. De revisión de la minuta y de la capacitación en los temas a que tratamos este mes.	MARIA FIDELINA MURILLO LONGA

		IMPORTANCIA DEL CALOSTRO **CAPACITACION ACERCA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLE PREVALENTE DE LA INFANCIA**	los padres de familia evidencie que muchas madres estaban de acuerdo con la actividad realizada donde algunas expresaron que no tenían conocimiento de que algunas enfermedades existían y que gracias a esa charla se dieron cuenta y ya saben como prevenirla. **NOTA:** cabe resaltar que debido al orden público hemos venido trabajando de formal virtual con las madres comunitarias de las veredas a pesar de la inestabilidad de la señal y el fluido eléctrico se ha logrado brindar la capacitación de manera satisfactoria. Las madres han estado muy atenta he interesada a los temas que le he brindado, ya que ellas son cocientes de que el tema de las enfermedades		

			inmunoprevenibles y prevalente de la infancia y la lactancia materna "importancia del calostro" son temas bastante importantes tratar con los padres de familia de las zonas rurales para que tengan una mejor idea de cómo prevenir dichas enfermedades y desnutrición. **Hogar comunitario Elizabeth Perea:** La madre comunitaria Elizabeth perea estuvo muy atenta a la capacitación y muy participativa manifestando que a los papitos de sus niños le interesaría mucho tener conocimiento de estos temas . **Hogar comunitario Ana de jesus Murillo:** La madre comunitaria Ana de Jesús se mostro interesada en la capacitación he hizo		

			ciertos aportes importantes acerca de dichos temas ya que son de mucha importancia para socializarlos con los padres de familia **Hogar comunitario Rubi Milena:** la señora Rubi milena de la vereda Guinigui mostro Interés por el tema y dijo que le gustaría que en algún momento se dictara la charla de manera presencial en su comunidad. **Hogar comunitario Rosa Nilia:** la madre comunitaria manifiesta que de acuerdo a su cultura y a su entorno asi mismo ella imparte los conocimientos a los padres de familia de su comunidad teniendo en cuenta que ella entiende mas el español y se le facilita llevar el mensaje . **Hogar comunitario Sandra Patricia:**		

336

			La madre comunitaria señala que comprendido todo lo hablado en la capacitación virtual y así mismo se lo trasmitirá a los padres de familia **Hogar comunitario Aliria Carpio:** La madre comunitaria estuvo muy atenta a los temas de la capacitación a pesar de la inestabilidad. **Hogar comunitario Esnera Ismare:** La madre de la comunidad de unin choco manifiesta que le gustaron mucho los temas de la capacitación , participo activamente en la charla **Hogar comunitario Maria Juana Antonia:** La señora Juana estuvo muy activa en la capacitación y participo en la de manera positiva. Se comprometió a		

32

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

			brindarle la capacitación a los padres de familia		
NOMBRE DE LA UDS: **Hogar comunitario Juleni Borja.** **Hogar comunitario Marlen Vivas** **Hogar comunitario Elizabeth Perea,** **Hogar comunitario Ana de jesus Murillo,**	**TOTAL, DE PARTICIPANTES:** **64**	**PARTICIPANTES EN EL MES:** **Hogar comunitario Juleni Borja:12** **Hogar comunitario Marlen Vivas. 13** **Hogar comunitario Elizabeth Perea:12** **Hogar comunitario Ana de jesus Murillo: 7** **Hogar comunitario Rubi Milena: 9** **Hogar comunitario Rosa Nilia Chori: 10**	**REMITIDOS APOYO PSICOSOCISL**	**REMITIDOS APOYO NUTRICIONAL**	**OBSERVACIONES** **Tuvieron mucha disponibilidad para escuchar y participar en la capacitación**

Hogar comunitario Rubi Milena, **Hogar comunitario Rosa Nilia,** **Hogar comunitario Sandra Patricia,** **Hogar comunitario Aliria Carpio,** **Hogar comunitario Esnera Ismare,** **Hogar comunitario Maria Juana Antonia,**	**52**	**Hogar comunitario Sandra Patricia :8** **Hogar comunitario Aliria Carpio: 10** **Hogar comunitario Esnera Ismare :13** **Hogar comunitario Maria Juana Antonia: 11** **Hogar comunitario Ana Rosina :10**			

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

Hogar comunitario Ana Rosina					
FIRMA DEL PROFESIONAL: María Fidelina Murillo Lozano					



Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C 1.077.439.988 De Quibdó
Representante Legal

INFORME MENSUAL BITACORA DE ACTIVIDADES					
COMPONENTE: SALUD Y NUTRICION			**NOMBRE DEL RESPONSABLE:**	**PERIODO REPORTADO:**	
FECHA	**LUGAR**	**ESTRATEGIA DEL SERVICIO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**	**RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS**	**NOVEDADES**	**RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD**
21, 22, 23 y 24 de marzo del 2025.	V/ Chigorodo puerto salzar Vereda/ chigorodo puerto Salazar. Vereda/ chigorodo puerto Salazar.	**ESTRATEGIA: ACOMPAÑAMIENTO A UDS.** BRINDAR CAPACITACION DE MANERA VIRTUAL A LAS MADRES COMUNITARIAS DE LAS ZONAS RURALES PARA QUE ELLA LA	**NOTA:** cabe resaltar que debido a que se está trabajando de forma virtual por el orden público de esta vereda, las madres comunitarias realizaron el tamizaje de peso y talla por medio de la explicación que les iba brindando y se comprometieron a enviar registros fotográficos. Las madres nos comunicaron que todos los niños asistieron a las UDS.		MARIA FIDELINA MURILLO LONGA

341

	Vereda/ suruco santa monica.	IMPARTAN A LOS PADRES DE FAMILIA **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Capacitación sobre las enfermedades inmunoprevenibles prevalente de la infancia Capacitación sobre las enfermedades trasmitida por alimento -capacitación sobre la lactancia materna "importancia del calostro -Revisión de la minuta -revisión de la carpeta	**Hogar comunitario Ana Rosina:** la madre comunitaria Ana Rosina quinto manifestó su agrado con la explicación de los temas. además, manifestó estar al día con las carpetas de sus beneficiarios **Hogar comunitario Gloria:** la madre comunitaria Gloria Cecilia estuvo muy activa en la capacitación, dijo que iba a organizar una reunión con los padres de familia de su hogar. Para dar a conocer los temas de la capacitación. **Hogar comunitario Aida Luz Quinto:** A La madre comunitaria Aida luz de Chigorodó dio su opinión acerca de los temas tratados , dio a conocer con sus compañeras lo interesante de los temas y la falta que hace en el pueblo de ella también manifestó que duro 15 días sin señal . **Hogar comunitario Deicy Mosquera**		

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

			La madre comunitaria Daisy participo activamente en la videollamada de la capacitación , manifestó que esta siguiendo al pie de la letra la minuta , que cuenta con sus carpetas al día y que impartirá el conocimiento obtenido con los padres de familia de los niños de su hogar.		
NOMBRE DE LA UDS: **Hogar comunitario Ana Rosina** **Hogar comunitario Gloria,** **Hogar comunitario Aida Luz Quinto,** **Hogar comunitario Deicy Mosquera**	**TOTAL, DE PARTICIPANTES:** **32**	**PARTICIPANTES EN EL MES:** **Hogar comunitario Ana Rosina** **Hogar comunitario Gloria Cecilia mosquera : 10** **Hogar comunitario Aida Luz Quinto :10** **Hogar comunitario Deicy Mosquera :12**	**REMITIDOS APOYO PSICOSOCISL**	**REMITIDOS APOYO NUTRICIONAL**	**OBSERVACIONES** **Informarles a las madres comunitarias que hagan el favor y le trasmitan a los padres de familia los temas tratados en la la capacitación , que debemos contribuir con la garantía de los derechos de nuestro niños y niñas**

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

FIRMA DEL PROFESIONAL: María Fidelina Murillo Longra

Registro fotográfico



Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C 1.077.439.988 De Quibdó
Representante Legal

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

345

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

INFORME MENSUAL BITACORA DE ACTIVIDADES					
COMPONENTE: Salud y Nutrición			NOMBRE DEL RESPONSABLE: Jhoana Katerine Mosquera Quinto	PERIODO REPORTADO: Abril	
FECHA	LUGAR	ESTRATEGIA DEL SERVICIO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	NOVEDADES	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
1-4 De Abril	B/SANTA GENOVEVA.	ESTRATEGIA: ACOMPAÑAMIENTO A UDS. SEGIMIENTO A LOS DERECHOS DE GARANTIA. 1.Después de la supervisión de la visita por porte del ICBF la enfermera realiza la revisión de las carpetas de cada uno de los beneficiarios. 2.Mirar que los documentos que reposan en las carpetas sean de este año.	La docente Cristina Mendoza había avanzado en la actualización de los derechos de garantía de los niños y niñas.	Al realizar las visitas en los hogares comunitarios María Cristina Mendoza, Carmen Judith Córdoba, Flor María Martínez y Rosa Merlín se encontraron las siguientes novedades: La madre comunitaria Cristina Mendoza le faltaban pocos beneficiarios por actualizar los documentos, se le	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.

346

				re comendo hablar con los padres de familia de los menores que no tienen la papelería al día para que cuando la visita vaya no dejar hallazgos.	
			Por otro lado, la madre comunitaria Carmen Judith Córdoba cunadó al revise las carpetas la mayoría de los beneficiarios están al día y las carpetas muy bien organizadas. solo faltan 4 menores por tener sus documentos actualizados, la docente me manifestó que ya había hablado con los padres de familia para que hicieran la entrega de dichos documentos.	A la docente Carmen Judith Córdoba, solo le faltan 4 menores por tener sus documentos actualizados, la docente me informo que ya había hablado con los padres de familia para que hicieran la entrega de dichos documentos.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
			La madre comunitaria Rosa Merlín Hurtado cuando revise las carpetas las tenía mejor	La docente Rosa Merlín Hurtado	

			organizadas y en cuanto a los papeles más completos.	tenía dos beneficiarios con el carnet de crecimiento y desarrollo desactualizado, otro que tenía la fecha del siguiente control con error donde le sugerí que hablara con los padres de familia del menor para su corrección y con los dos niños pedir los documentos actualizados.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
			Al realizar el seguimiento a las carpetas de la docente Flor María Martínez se evidencio que ha ido solicitando la papelería organizada de los niños y niñas después de los hallazgos que dejo la visita de supervisión.	Por último, la docente Flor María no contaba con los derechos de garantía actualizado de 7 beneficiarios, llegamos a un acuerdo que durante el mes de	

		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EXPLICACIÓN SOBRE LA ROTULACIÓN DE LOS ALIMENTOS.	La enfermera de apoyo a salud y nutrición le explico a cada una de las madres comunitarios como rotular los alimentos entregados cada 15 días por el operador, se les dijo que durante la organización de los alimentos debían rotularlos con su nombre, luego la fecha de ingreso del producto y después la fecha de vencimiento de cada producto con letras legibles. Por otro lado, les sugirió copiar cada uno de los alimentos en una hoja con su nombre, fecha de ingreso del producto y por último su fecha de vencimiento y pegarlo en una parte visible con el objetivo de que si se borra el rotulo del alimento puedan volverlos a rotular correctamente.	mayo debía hablar con los padres de familia para tener todos los documentos al día y evitar hallazgos. Las madres comunitarias Cristina Mendoza; Carmen Judith Córdoba, Rosa Merlín Hurtado y Flor María Martines no tenían rotulado la fecha de ingreso de algunos alimentos.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.

349

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: SEGUIMIENTO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON MALNUTRICIÓN.	La enfermera de apoyo a salud y nutrición realizo seguimiento al primer tamizaje nutricional en el hogar de la madre comunitaria Rosa Merlín Hurtado debido a que el menor Andrés Samir estaba en Riesgo de Desnutrición cuando se realizó el primer tamizaje nutricional.	La enfermera Jhoana Quinto le informo a la madre comunitaria Rosa Merlín Hurtado que el niño Andrés Samir Diaz para el mes de abril ya tenía su peso adecuado.	Jhoana Katerine Quinto Mosquera.
NOMBRE DE LA UDS: Hogar comunitario cristina Mendoza, Hogar comunitario Carmen Judith Córdoba, Hogar comunitario Flor María Martínez y Hogar comunitario	TOTAL, DE PARTICIPANTES:50	PARTICIPANTES EN EL MES: Hogar María cristina Mendoza: 12 Hogar Carmen Judith Córdoba: 13 Hogar Rosa Merlín Hurtado: 12 Hogar Flor María Martínez: 13	REMITIDOS APOYO PSICOSOCISL	REMITIDOS APOYO NUTRICIONAL. Andrés Samir Diaz	OBSERVACIONES Estar pendiente a la alimentación del menor durante este en el hogar comunitario.

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

Rosa Merlín Hurtado.					
FIRMA DEL PROFESIONAL:					

SERVICIO DE EDUCACION INICAL- MODALIDA FAMILIAR COMUNITARIA- HCB

NOTA: ANEXAR LISTADO DE ASISTENCIA, Y REGISTRO FOTOGRAFICOS

JHON EDINSON MENA ARROYO
C.C 1.077.439.988 De Quibdó
Representante Legal

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

REGISTRO FOTOGRÁFICO

	
Seguimiento a los derechos de garantía.	**Seguimiento a los derechos de garantía.**
	
Seguimiento nutricional.	**Seguimiento nutricional.**

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15:PP	18/12/2017
FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR ALEJANDRA MURILLO

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 27361000267562

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): ALEJANDRA MURILLO CC: 1076327785 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3126648563 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 11

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
24/04/25	8:30 AM	AUX. ENFERMERIA	JHONNA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	JHONNA Q.	Alejandra

P: PEDAGOGO
PSI: PSICOSOCIAL
SAN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL ICBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076929336 DE ISTMINA

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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

33

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15.PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR C. JUDITH CÓRDOBA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: S.56

CÓDIGO UDS: 27267000065G7

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: B/SANTA GENOVEVA

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): JUDITH CÓRDOBA C.C 35.678.777 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3733582647 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 73

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
2/04/25	8:30 AM	AUX. ENFERMERIA	JHOANA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	JHOANA Q.	Comm C.

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuliana Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CC AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA N°: 1076329836 DE: tdt

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° _____ DE _____

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	F11.MO15.PP	18/12/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: ESTRELLA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR YENNY MARTÍNEZ

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO SNCF: 27301000067238

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: _____ BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: BI CUBES - CHAMBLUM

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): YENNY MARTINEZ C.C. 26.329.474 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3225445826 CORREO: _____

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 12

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
10/04/25	8:30 AM	AUX. ENFERMERIA	JHOANA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 PM	JHOANA Q.	Yenny M

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SSP: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yolenny Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1027632936 DE Istmina

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° _____ DE _____

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

35

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO13.PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR AMA DE LA NURILLO

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 2736700063830

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): ANA P. NURILLO CC 29676779 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3114103237 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 13

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
23/04/25	8:30 A.M	AUX. ENFERMERA	JHOANA K. QUINTO	1076329336	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 P.M.	JHOANA Q.	Ana Pilar

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yoleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1076329336 DE ISTMINA

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° _____ DE _____

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

356

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.FP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

*NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR FLOR Mª MARTÍNEZ

*NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: GUERREROS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 27367000069678

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): FLOR Mª MARTÍNEZ CC: 27.880.777 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3210827268 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 73

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
4/04/25	8:30AM	AUX. ENFERMERIA	JHOANA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	Jhoana Q.	Flor M

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329[illegible] DE ISTMINA

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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

35

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO13.PP	16/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR LUZ MARCELA AGUILAR

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: BUENOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000C1488

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: _____ BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: B/ CUBIS - NEGRA ALTA

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): LUZ M. AGUILAR CC 26.331.242 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3125603854 CORREO: _____

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 13

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
9/04/25	8:30 A.M	AUX. ENFERMERIA	JHOANA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 P.M	JHOANA QUINTO	LUZ MARINA

P: PEDAGOGO
PSI: PSICOSOCIAL
SAN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulelmy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076326336 DE Istmina

Jhon Edinso Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

¡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

356

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15.PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR 1º HERMINIA CORTEZ

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS N° CONTRATO EAS DE LA MODALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 2136100063739

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: _____ BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: B/ CUBES - ARRECA

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): HERMINIA CORTEZ CC 35.850.016 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3217983733 CORREO _____

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 13

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
21/04/25	8:30 AM	AUX. ENFERMERA	JHOANA K. QUINTO	1047325900	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 PM	JHOANA Q.	

P: PEDAGOGO
PSI: PSICOSOCIAL
SNI: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Volemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1076829936 DE Istmina

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° _____ DE _____

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

359

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15.PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UOS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR DÉBORA VALDERRAMA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA MODALIDAD: 556

CÓDIGO UOS: 27367000063793

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: B/CUBES-MESETA ALTA

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): DÉBORA VALDERRAMA C.C. 26.370.670 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3113478075 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 13

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
22/04/25	8:30 AM	AUXILIAR ENFERMERA	JHOANA QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 PM	JHOANA Q.	Débora C.

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBI
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076332933 DE Istmina

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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	F11.MO15;PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR NELLY IBARGUEN

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27367000067957

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): NELLY IBARGUEN CC: 35.695.943 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3106062250 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 13

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
8/04/25	8:30 AM	Aux. Enfermería	JHOANA K. QUINTO	1076375408	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 PM	JHOANA Q.	Nelly IN

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Docato
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA N°: 1.090.929.836 DE: ID

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° _____ DE _____

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

Copyright © 2014 Pearson Education, Inc.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15.PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR ROSA M. HURTADO

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 27361000GB877

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): ROSA M. HURTADO CC: TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3127025886 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 12

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
3/04/25	8:30AM	AUX. DE ENFERMERIA	JHONNA K. QUINTO	1076025908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	JHONNA QUINTO	ROSA HURTADO

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Durato
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1026329826 DE ITSMI

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° DE

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 REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15;PP	18/12/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: ESTRELLA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR DIANA B. RISO

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 27367000 67827

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ESTRELLA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): DIANA B. RISO CC: 35.697.724 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3148732252 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 13

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
7/04/25	8:30 AM	AUX. ENFERMERA	JHANA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 PM	JHANA Q.	Diana B. Riso

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1076329336 DE Istmina

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° _____ DE _____

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 REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MO12.PP	19/12/2017
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR LUZ YEIDY IBARGUE

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 27361000 07977

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: PASTO DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): YEIDY IBARGUEN CC 1076325 078 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3117979866 CORREO

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 11

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
28/04/25	8:30AM	AUX. ENFERMERIA	JHONNAR QUINTO	1076325 905	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	JHonnar Q.	L. Yeidy I.

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL ICBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329936 DE Istmina

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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

36

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MO15.PP	18/12/2017
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR ESNEIDER MENA
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: BUENOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS O LA INTEGRALIDAD: 556
CÓDIGO UDS 27361000068029
CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: PATÓ DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:
NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): ESNEIDER MENA cc 26.941.744 TELÉFONO CELULAR/FIJO: CORREO
NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 10

FECHA VISITA (DD/Mm/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
28/04/25	8:30 AM	Aux. enfermería	JHOANA K. QUEJADA	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 PM	JHOANA Q.	Esneider

P: PEDAGOGO
PSI: PSICOSOCIAL
SAN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Dante
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CF AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076829326 DE Istmina

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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

365

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15.PP	16/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR LUZ AMPARO URRUTIA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 27367000679 38

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: PLAYA ORAMBO DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): AMPARO URRUTIA CC 26337202 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3126052939 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 22

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
29/04/25	8:30 AM	Aux. Enfermería	Shomara K. Quinto	1076325908	Acompañamiento	3:30 PM	Shomara Q.	Luz A. U.

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1026379336 DE

Jhon Edinson Mend
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº DE

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

995

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MO15.PP	16/12/2017
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Chocó — CENTRO ZONAL: Istmina — NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Nury Lozano

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD PRESTADORA: Sueños Activos — Nº CONTRATO/ACTA DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO DANE: 27361000 68744 — CASURÍ

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: Casurí — DIRECCIÓN COMPLETA: _____ — BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: _____

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Nury Lozano — CC: 25695283 — TELÉFONO CELULAR/FIJO: _____ — CORREO: _____

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 11

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
29/04/25	8:30 AM	Aux. Enfermería	J Homa R. Quinto	1076325 908	Acompañamiento	3:30 PM	J Homa R.	Nury L.

* PSICOLOGO
PS PSICOSOCIAL
SNC PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
ADI TÉCNICO ADMINISTRATIVO
CI COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CC AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1096329936 DE ISTMINA

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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

369

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO13.PP	18/12/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: EST MEDIA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR NURY LOZANO

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 29367000681414 DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: BASURU NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): NURY LOZANO CC 35695283 TELÉFONO CELULAR/FIJO: CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 11

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
29/04/25	8:30 AM	Aux. Enfermería	Jhonna K. Quinto	1076329908	Acompañamiento	3:30 PM	Jhonna Q.	Nury L.

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CC AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329396 DE Tol

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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 REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	18/12/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR LUZ NIRA MONTES

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000125576

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: BASURÚ DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): LUZ NIRA MONTES CC: 35.647022 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3148796870 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 70

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
29/04/25	8:30 AM	AUX. ENFERMERIA	JHANNA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 PM	Jhanna Q.	lumira m.

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1026329936 L 1st

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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	F11.MO15.PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 1	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UOS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR Nº EDILSA MORENO

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UOS: 2936100060726

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: CARMELITA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): EDILSA MORENO CC: 1003657130 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3178734475 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 73

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
29/04/25	8:30AM	AUX. ENFERMERIA	JHOANA K. QUEMTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	JHOANA Q.	Edilsa M.

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yolanny Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº ID 1076329936 DE Istmina

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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	F11.SO15.PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR DIORIS F. ARBOLEDA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS TIVE CUALIFICA: EVEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 27367000C7568

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): DIORIS ARBOLEDA CC 9476637 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3218402154 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 13

FECHA VISITA (DD/MM/AA,AA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
25/04/25	8:30AM	AUX. ENFERMERIA	J HOANA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	J HOANA Q.	Dioris

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1026329338 DE ISTMINA

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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	F11.MO15.PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 1	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR EDNA AGUALIMPIA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: BUENOS ACTOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27367000063674

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: B/CUBES-DEVENO NEÑO

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): EDNA AGUALIMPIA C.C. 26.328.872 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 311 484 4402 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 13

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
11/04/25	8:30 AM	AUX. ENFERMERA	JHANA K. QUINTO	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30 PM	JHANA Q.	Edna A

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL UCBI
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329336 DE ISTMINA

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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

372

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15:PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ESTRELLA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR CRISTIANA MENDOZA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS:

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ESTRELLA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: B/ SANTIAGO VEGA

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): CRISTIANA M. CC: TELÉFONO CELULAR/FIJO: CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 72

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
1/04/25	8:30AM	AUX. ENFERMERÍA	JHOANA QUINTO M.	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	JHOANA Q.	

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1026329336 DE Est

Jhon Edinso Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº _____ DE _____

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	F11.MO15:PP	18/12/2017
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 1	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: CHOCÓ CENTRO ZONAL: ISTMINA NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: HOGAR CRISTIANA MENDOZA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: SUEÑOS ACTIVOS Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS:

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: ISTMINA DIRECCIÓN COMPLETA: BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: BI SANTAGUEDA VEGA

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): CRISTIANA M. CC: TELÉFONO CELULAR/FIJO: CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: 72

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CEDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
1/04/25	8:30AM	AUX. ENFERMERÍA	JHOANA QUINTO M.	1076325908	ACOMPAÑAMIENTO	3:30PM	JHOANA Q.	

P: PEDAGOGO
PSI: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulenny Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL ICBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329376 DE Istmina

Jhon Edinson Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº ____ DE ____

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 REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MD15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Choco CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Elizabeth Perea

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000 67575

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. San Antonio DIRECCIÓN COMPLETA: V. San Antonio BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Elizabeth Perea CC: 26332728 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3145113999 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/04/2025	8:00 PM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076320107	Enfermedades Inmunoprevenible	4:00 PM	Maria Murillo	Elizabeth

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yolemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329336 DE Lst

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 7022439888 DE Quibdo

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MD15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Juleni Borja

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundación Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361001243S8

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: Mi Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: B/. Eduardo Santo BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Juleni Borja CC: 1076313481 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3126097035 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
29/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076320102	Enfermedades transmitidas por alimentos	4:00 PM	Maria Murillo	Juleni Borja

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA N°: 1076829336 DE: Istmina

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° 7692439888 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

396

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MO15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Sandra patricia Murillo
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Buenos Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556
CÓDIGO UDS: 27361000678 96
CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. Doido DIRECCIÓN COMPLETA: V. Doido BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:
NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Sandra patricia M CC: 1076327394 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3107746765 CORREO:
NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR a.m. / p.m.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076310192	Importancia del colostro	4:00 PM	Maria Murillo	Sandra P.

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº: 1076329336 DE: IST

Jhon Henao
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 7027439988 DE Quibdo

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

37

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MC15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Mamá Juana Antonia

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361001264359

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. Bonil de Iro DIRECCIÓN COMPLETA: V. Bonil de Iro BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Mamá Juana Antonia CC: 35696487 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3146250164 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/01/2026	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076320192	Enfermedades transmitidas por alimentos			

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL EAS QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº. 1076329336 DE: Istmina

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077439988 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MO15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Choco — CENTRO ZONAL: Istmina — NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Ingrita Mebache

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos — N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000 68734

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. Union Choco — DIRECCIÓN COMPLETA: V. Union Choco — BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Ingrita Mebache — CC: 1133684388 — TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3234796184 — CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Mario Murillo	1076360192	Enfermedades inmunoprevenibles	4:00 PM	Mario Murillo	Ingrita mebache

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yokimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA N°: 1076371336 DE: Istmina

Jhon Henry
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° 2074139988 DE Quibdo

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Choco CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Aliria Carpio

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000 67678

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: Vo San Cristobal DIRECCIÓN COMPLETA: Vo San Cristobal BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Aliria Carpio CC: 1077649607 TELÉFONO CELULAR/FIJO: CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/04/2018	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076320194	Enfermedades inmunoprevenibles	4:00 PM	Maria Murillo	Aliria

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yolanny Cuanto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1068299336 DE Istmina

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 7077499888 DE Quibdo

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

386

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MD15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmino Choco CENTRO ZONAL: Istmino NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Rosa Nilia Chori

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000678G1

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. Olave Indio DIRECCIÓN COMPLETA: V. Olave Indio BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Rosa Nilia Chori CC: TELÉFONO CELULAR/FIJO: CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR a.m. / p.m.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1096320192	Importancia del catastro	4:00 PM	Maria Murillo	Rosa Chori

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yoberny Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CAI AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1096379336 DE: Istmina

Jhon Henao
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077479988 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15.PP	12/18/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Robi Milena

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 2236100067S4

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. Guini Guini DIRECCIÓN COMPLETA: V. Guini Guini BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Robi Milena CC: 1076324673 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3106241477 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076320192	Importancia del calostro	4:00 PM	Maria Murillo	Robi Milena

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
AN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yokemy Cuanto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL CBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329256 DE Istmina

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 79744988 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

362

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Choco CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Ana de Jesus Murillo

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000678 36

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. Negria DIRECCIÓN COMPLETA: V. Negria BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Ana de Jesus M CC: 36698137 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3118411808 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (EJEMPLO: 8:00 A.M. / 2:00 P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (EJEMPLO: 8:00 A.M. / 2:00 P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076329336	Enfermedades inmunoprevenible	4:00 PM	Maria Murillo	Ana J

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBI
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº: 1076329336 DE: Istmina

Yhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 7077499888 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MD15.PP	12/18/2017
	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Marlen Vivas

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD:

CÓDIGO UDS: 2736100155116

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: Mi Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: Bl. San Francisco BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Marlen Vivas CC: 1076325410 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3106107370 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
30/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076360192	Enfermedades inmunoprevenibles	4:00 PM	Maria Murillo	Marlen

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yolenny Cuanto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329336 DE: Ist

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077429988 DE Quibdo

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 REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MD15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Choco CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Deysi Mosquera

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 596

CÓDIGO UDS: 27361000679590

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. S. Santa Moni DIRECCIÓN COMPLETA: V. S. Santa Monica BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Deysi Mosquera CC: 26332778 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3128964419 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (RECUERDE A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (RECUERDE A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
24/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076320 [illegible]	Enfermedades por alimentos transmitidas	4:00 PM	Maria Murillo	Deysi M

P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Ocointo
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº: 1076329336 DE: Ist

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 7077459888 DE Quibdo

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MD15.PP	12/18/2017
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Choco CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Aida Luz Quinto

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000677O7

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. Chigorodo DIRECCIÓN COMPLETA: V. Chigorodo BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Aidoli Luz Quinto CC: 35780407 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3136926190 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (EJEMPLO: 8:00 A.M. / 2:30 P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (EJEMPLO: 8:00 A.M. O 2:30 P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
23/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076080192	Enfermedades transmitida por alimentos	4:00 PM	Movil Murillo	Aida Luz Quinto

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yolenny Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº: 1076329326 DE: Istmina

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077439988 DE Quibdó

¡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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MD15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmmol Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Gloriol Ceuliol
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556
CÓDIGO UDS: 27361001243 64
CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. P. Salazar DIRECCIÓN COMPLETA: V. P. Salazar BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:
NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Gloria Ceuliol Mosquera CC: 1076335437 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3116271254 CORREO:
NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
22/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelinol Murillo	1076310472	Enfermedades Transmitidas por alimentos	4:00 PM	Maria Murillo	Gloria

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
NH: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yolemy Quinto
HOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBI
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1062229336 DE Istmina

Yhon Henao
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 7077499888 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

397

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MD15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Ana Rosina Quinto

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundación Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361001243 64

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: V. P. Salazar DIRECCIÓN COMPLETA: V. P. Salazar BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Ana Rosina Quinto CC: 25696032 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3136351749 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
21/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076320192	Enfermedades transmitidas por alimentos	4:00 PM	Maria Murillo	Ana Rosina Quinto

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulenny Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBI
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329336 DE ISTMINA

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077479988 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MD15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó — CENTRO ZONAL: Istmina — NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Comunitario Rosa Valois

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos — N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 5516

CÓDIGO UDS: 27361000066578

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Istmina — DIRECCIÓN COMPLETA: B/. San Francisco — BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Rosa O Valois — CC: 35695817 — TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3133598659 — CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
11/04/2025	8:00 PM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	40763201192	Importancia del catastro	4:00 PM	Maria Murillo	Rosa V

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulenny Cuanto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBI
CÉDULA DE CIUDADANÍA N°: 1076329336 DE: Ist

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° 1077439988 DE: Quibdó

¡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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F11.MO15.PP	12/18/2017
ICBF BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmino Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Shirlen Ramirez

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundación Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000655

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: Bl Independencia BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Shirlen Ramirez CC. 26329454 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3116363234 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (EJEMPLO: 8:00 A.M. O 2:00 P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (EJEMPLO: 8:00 A.M. O 2:00 P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
10/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076320192	Importancia del Calostro	4:00 PM	Maria Murillo	Shirlen R.

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yukimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ DE QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329336 DE Ist

Jhon Henao
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077439988 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: _____ NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Nancy Bazan

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundación Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000665 52

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: B/ San Agustin BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR: _____

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Nancy Bazan CC. 26329078 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3205363078 CORREO: _____

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: _____

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
09/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1037320121	Importancia del calostro	4:00 pm	Maria Murillo	

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1026279336 DE Ist

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 70-77439888 DE Quibdo

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

29

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmo Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Claudia Jhine Rodriguez

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 5516

CÓDIGO UDS: 27361000665 45

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: Bl. San Agustin BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Claudia Jineth R CC: 31034534 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3569 7333 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (EJEMPLO: 8:00 A.M. O 2:00 P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (EJEMPLO: 8:00 A.M. O 2:00 P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
08/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076329192	Importancia del catastro	4:00 PM	Maria Murillo	Claudia R

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PH: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yoleimy Cuanto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL CBCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329336 DE Ist

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077439988 DE Quibdó

¡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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Yadira Leudo.

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundación Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000066237

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: B. San Agustín BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Yadira E. Leudo CC. 35697157 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3105038396 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR a.m. / p.m.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR a.m. O p.m.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
04/04/2018	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076329492	Enfermedades Inmunoprevenibles	4:00 PM	Maria Murillo	Yadira Leudo

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
PN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Ounto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBF
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329336 DE Ist

Jhon Heras
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 7077434988 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar María A. Murillo.

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundación Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 356

CÓDIGO UDS: 27361006535

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: Bl. San Agustin BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): María A. Murillo CC. 26329452 TELÉFONO CELULAR/FIJO: CORREO: 3116363234

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. / P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFFESIONAL	CÉDULA DEL PROFFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
07/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Murillo	1076310192	Enfermedades inmunoprevenible	4:00 PM	Maria Murillo	Maria

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Ocuto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1076329336 DE Ist

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077439988 DE Quibdó

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Choco CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Leonilo Perea

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundacion Sueños Activos Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: SSC

CÓDIGO UDS: 27361000662 09

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: B. San Agustin BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Leonila Perea CC: 26329134 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3105460116 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (EJEMPLO: 8:00 A.M. O 2:00 P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (EJEMPLO: 8:00 A.M. O 2:00 P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
03/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo Longa	1076310101	Enfermedades Inmunoprevenibles	4:00 PM	Maria Murillo	Leonila Perea

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº. 1076329336 DE LST

Jhon Perea
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077439888 DE Quibdo

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS) HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES	F11.MO15.PP	12/18/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Sotomayor CENTRO ZONAL: Sotomayor NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Francia Davila

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundación Sueños Activos N° CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000667 7

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Bermejo DIRECCIÓN COMPLETA: B. San Agustin BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Francia Davila CC: 26328643 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3207786817 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS:

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
02/04/2025	8:00 AM	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1076370192	Enfermedades Inmunoprevenible	4:00 PM	Maria Murillo	Francia

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yulemy Quinto
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZ AL QUE PERTENECE EL HCBT
CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1076329336 DE Ist

Jhon Henao
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. N° 1077439988 DE Quibdó

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 REGISTRO DE VISITAS DE PROFESIONALES A UNIDADES DE SERVICIO (UDS)
HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CUALIFICADOS O INTEGRALES

F11.MD15.PP	12/18/2017
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

NOMBRE DIRECCIÓN REGIONAL: Istmina Chocó CENTRO ZONAL: Istmina NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Hogar Mailenis Perea

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA EAS QUE CUALIFICA: Fundación Sueños Actions Nº CONTRATO EAS DE LA INTEGRALIDAD: 556

CÓDIGO UDS: 27361000 6005

CIUDAD/MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: M. Istmina DIRECCIÓN COMPLETA: B. San Agustín BARRIO O UBICACIÓN PARTICULAR:

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (MADRE O PADRE COMUNITARIO): Mailenis Perea CC: 26328245 TELÉFONO CELULAR/FIJO: 3127866454 CORREO:

NÚMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS: ____

FECHA VISITA (DD/MM/AAAA)	HORA DE ENTRADA (ESCRIBIR a.m. / p.m.)	CARGO DEL PROFESIONAL*	NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL	CÉDULA DEL PROFESIONAL	OBJETIVO DE LA VISITA	HORA DE SALIDA (ESCRIBIR A.M. O P.M.)	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO
04/04/2025	8:00 A.M	Enfermera	Maria Fidelina Murillo	1077439192	Enfermedades inmunoprevent	4:00 PM	Maria Murillo	Mailenis Perea

*P: PEDAGOGO
PS: PSICOSOCIAL
SN: PROF. SALUD Y NUTRICIÓN
AD: TÉCNICO ADMINISTRATIVO
C: COORDINADOR

Yuleimy Durito
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CZJI QUE PERTENECE EL CDI
CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1026379936 DE IST

Jhon Mena
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
C.C. Nº 1077439888 DE Quibdo

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012