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

1. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato de aporte Número:05019332024	**Cupos: 468**	**Servicio que presta: HCB - FAMI BIENVENIR**
Fecha de Inicio de la Prestación del Servicio: N/A		**Período reportado: 01/01/2025-31/01/2025**
Municipio(s) en el que se ubica el servicio: ANDES		**N° de unidades de servicio: 34**
Nombre de la Entidad Administradora del Servicio (EAS): CORPORACIÓN CREER MÁS		**Nombre del Representante Legal de la (EAS): ALBERTO GUBAY PEREZ**
Regional: ANTIOQUIA		**Centro(s) Zonal(es) que supervisa(n): SUROESTE**
Nombre(s) del (los) Supervisor(es): DANIS ATRID MUÑOZ SEGURA		

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

ASPECTO A EVALUAR	NÚMERO	% EN RELACIÓN A LOS CUPOS CONTRATADOS	ALERTAS Y OBSERVACIONES
Total de cupos contratados	468		DURANTE ESTE MES SE REALIZO LA FOCALIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS
Total de niñas y niños atendidos en el periodo		0%	DURANTE ESTE MES SE REALIZO LA FOCALIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS
Total de mujeres gestantes atendidas en el periodo (aplica para DIMF, MP, HCB FAMI)		0%	DURANTE ESTE MES SE REALIZO LA FOCALIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS
Usuarios nuevos en el periodo		0%	DURANTE ESTE MES SE REALIZO LA FOCALIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS
Usuarios reportados con calidad en el sistema de información del ICBF en el periodo		0%	DURANTE ESTE MES SE REALIZO LA FOCALIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS
Usuarios con discapacidad atendidos (incluye madres gestantes y mujeres en periodo de lactancia)		0%	DURANTE ESTE MES SE REALIZO LA FOCALIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

3. RELACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS RETIRADOS

ASPECTO A EVALUAR	NÚMERO	% EN RELACIÓN A LOS CUPOS CONTRATADOS	ALERTAS Y OBSERVACIONES
Niñas y niños que se retiraron durante el período		0%	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
Mujeres gestantes que se retiraron durante el período		0%	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO

Niñas y niños que ingresaron en el período			0%	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
Niñas y niños que se registraron con calidad en el sistema de información del ICBF			0%	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
4. ACCIONES ENFOCADAS PARA LOGRAR LA GARANTIA DE DERECHOS				
ASPECTO A EVALUAR	**N° DE CASOS AL INICIAR EL CONTRATO**	**N° DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE**	**% DE AVANCE EN RESOLUCIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES**	**ALERTAS Y OBSERVACIONES**
Niñas y niños sin registro civil			#¡DIV/0!	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
Niñas y niños sin afiliación a salud			#¡DIV/0!	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
Mujeres gestantes y madres lactantes sin afiliación a salud			#¡DIV/0!	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
Niñas y niños sin control de crecimiento y desarrollo			#¡DIV/0!	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
Niñas y niños sin esquema de vacunación completo acorde a su edad al inicio del contrato			#¡DIV/0!	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
Casos de malnutrición identificados			#¡DIV/0!	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
Casos identificados de signos de malnutrición			#¡DIV/0!	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
ASPECTO A EVALUAR		**N° DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE**	**TOTAL DE CASOS REPORTADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO**	**ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS**
Número de casos de malnutrición reportados a las Entidades correspondientes	Desnutrición			NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
	Sobrepeso u Obesidad			NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
ESTADO NUTRICIONAL		**N° DE NIÑOS, NIÑAS Y/O MADRES GESTANTES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL**	**% DE NIÑOS, NIÑAS Y/O MADRES GESTANTES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL**	**ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS**
Descripción cuantitativa del diagnóstico nutricional (Reportar trimestralmente)	Desnutrición Aguda		#¡DIV/0!	NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
	Desnutrición Crónica		#¡DIV/0!	
	Desnutrición Global		#¡DIV/0!	
	Normal o eutrófico		#¡DIV/0!	
	Sobrepeso		#¡DIV/0!	
	Obesidad I		#¡DIV/0!	
	Obesidad II		#¡DIV/0!	
	Obesidad III		#¡DIV/0!	

TOTALES		0	#¡DIV/0!	
Describa brevemente las actividades desarrolladas durante el período reportado para promover la salud y nutrición de las niñas y niños atendidos				
SITUACIONES DE MALTRATO		**N° DE NIÑOS, NIÑAS Y/O MADRES GESTANTES**	**NUMERO DE CASOS DE MALTRATO REPORTADOS A LAS ENTIDADES CORRESPONDIENTES**	**ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS**
Número de casos de maltrato identificados en el la Unidad de Servicio	Violencia intrafamiliar			NO APLICA PARA EL MES REPORTADO
	Maltrato infantil			
	Violencia sexual			
	Negligencia			
	Explotación sexual			
	Otros			
TOTALES		**0**	**0**	

5. PROCESOS EDUCATIVOS Y PEDAGÓGICOS CON NIÑOS, NIÑAS, FAMILIAS Y/O CUIDADORES
De acuerdo con su proyecto pedagógico describa las estrategias planeadas y las ejecutadas en el período reportado, teniendo en cuenta las actividades rectoras: Juego, Arte, Literatura y Exploración del Medio.

ACTIVIDADES ADELANTADAS	**N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS**	**N° DE ASISTENTES**	**N° TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO**	**BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADELANTADAS**
Procesos de formación con familias o cuidadores ejecutadas en el POAI para el periodo reportado				NO APLICA PARA LA MODALIDAD
Número de visitas de acompañamiento a los hogares o familias				NO APLICA PARA EL MES REPORTADO

6. DESARROLLO DEL POAI		
	Componente Pedagógico	
	Componente de Salud y Nutrición	

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

7. INFORME DEL TALENTO HUMANO

CARGO	N° DE PERSONAS VINCULADAS	N° DE MADRES COMUNITARIAS QUE TRANSITARON Y QUE OCUPAN EL CARGO	N° ACUMULADO DE PERSONAS QUE SE DESVINCULARON	OBSERVACIONES
Coordinadores	1			
Agentes educativos o maestros	34			
Profesionales de Atención Psicosocial	2			
Profesionales de Nutrición	2			
Auxiliares Pedagógicos	0			
Manipuladores de Alimentos	0			
Auxiliares de Servicios Generales	0			
Auxiliares Administrativos	0			
Otros (especificar cuáles)				
Total	**39**	**0**	**0**	

	N° DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS	N° TOTAL DE ASISTENTES	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Procesos de formación con agentes educativos	0	0	0	0

8. OBSERVACIONES GENERALES

DURANTE EL MES DE ENERO NO SE REALIZA NINGUNA ACCIÓN GENERAL ESPECIFICADA EN EL FORMATO, SE REALIZA EL PROCESO DE ALISTAMIENTO Y FOCALIZACIÓN DE PARTICIPANTES

ANEXOS	
ALBERTO GUBBAY PEREZ	
Nombre y apellido del Representante Legal de la EAS	**Firma del representante Legal de la EAS**
Nombre y firma de quien revisó	**Nombre y firma de quien aprobó**

Notas:

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