**RESPUESTA AL REQUERIMIENTO SOBRE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL USUARIO IVÁN SANTIAGO GREFA SIQUIGUA**

En cumplimiento del requerimiento emitido el 21 de octubre de 2025, por la supervisión del contrato No. 86001912025, referente a la ausencia de una valoración antropométrica del usuario **Iván Santiago Grefa Siquigua**, me permito presentar el siguiente informe como profesional de nutrición del CDI Fronteras de Paz, con el fin de dar claridad a la situación y detallar las acciones realizadas y preventivas frente a este caso.

**Descripción de la situación**

Asumí funciones como nutricionista del CDI Fronteras de Paz el **4 de octubre de 2025**, posterior a la renuncia de la profesional anteriormente encargada del área. Durante el proceso de revisión y empalme, se evidenció que **el usuario Iván Santiago Grefa Siquigua no fue incluido en el listado de niños con seguimiento nutricional elaborado por la nutricionista saliente**, listado que servía de base para las mediciones antropométricas y los seguimientos quincenales ya que los usuarios que presentan riesgo de desnutrición están estipulados que las tomas de medidas antropométricas sean cada 15 días para su respectivo seguimiento.

Para la fecha del **2 de octubre de 2025**, se contó con el apoyo de **nutricionistas de EIC de San Miguel**, quienes realizaron la toma de medidas de seguimiento a los niños clasificados con **riesgo de desnutrición o** desnutrición relacionados por la anterior nutricionista. Sin embargo, debido a que el nombre del niño no figuraba en el listado entregado por la profesional anterior, no se le efectuó la valoración antropométrica correspondiente en esa jornada.

Al momento de mi vinculación, dicha inconsistencia ya estaba presente, por lo cual se procedió posteriormente a realizar la verificación de los registros y la actualización de la información para garantizar la inclusión del usuario en el control nutricional, cuando este retorno del receso del servicio en la segunda semana de octubre.

**Acciones correctivas realizadas**

Al asumir mis funciones, realicé una revisión detallada de los registros, listados y formatos nutricionales del CDI. Posteriormente, junto con la auxiliar administrativa se efectuó una verificación en la plataforma **"Cuéntame"** para identificar a los niños con malnutrición o riesgo de desnutrición, con el fin de contar con un listado actualizado que permitiera dar continuidad al proceso de seguimiento.

Una vez obtenido el nuevo reporte, el **15 de octubre de 2025** realicé la **toma de medidas antropométricas (peso, talla y perímetro braquial)** del usuario **Iván**

**Santiago Grefa Siquigua**, actualizando su información y garantizando su inclusión en la base de control nutricional.

Actualmente, el niño se encuentra dentro del grupo de seguimiento quincenal, conforme al protocolo establecido por el ICBF para usuarios con riesgo de desnutrición. Revisando el historial de novedades y mediante la comunicación con la familia, el niño no presentó alteraciones en su estado de salud.

**Acciones preventivas**

Con el objetivo de fortalecer los procesos y evitar futuras omisiones, se establecieron las siguientes acciones preventivas en articulación con la coordinación del CDI:

- **Cruce mensual de información** entre la nutricionista y la administrativa en la plataforma "Cuéntame", verificando que todos los usuarios estén incluidos.
- **Revisión y firma conjunta** de los listados antes de cada toma quincenal de medidas antropométricas.
- Fortalecimiento del **proceso de empalme** entre profesionales para garantizar una entrega completa, organizada y validada de los registros técnicos.

La situación presentada se originó a partir del proceso de cambio de personal y de inconsistencias en la información entregada antes de mi vinculación el **4 de octubre de 2025**. Al identificar esta situación, se procedió de manera inmediata a actualizar los registros, realizar la toma de medidas pendientes y asegurar la inclusión del usuario **Iván Santiago Grefa Siquigua** dentro del control nutricional correspondiente.

Como profesional de nutrición, reafirmo mi compromiso con el cumplimiento de los lineamientos del ICBF, el fortalecimiento de los procesos técnicos y la atención integral que garantice el bienestar y el adecuado estado nutricional de los niños atendidos en el CDI Fronteras de Paz.

**Atentamente,**



**Daniela Stefania Vera Rosero**
Nutricionista – CDI Fronteras de Paz
**Fundación Alma de Vida**
Contrato N.° 86001912025

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA**

**MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**








**15/10/2025** Clasificación nutrición **Riesgo de Desnutrición Aguda**

| Código / Nombre de la UDS | Departamento/Municipio |
|---|---|
| 867571126972 / CDI FROI | Putumayo / San Miguel |
| Tipo Documento / Número | Nombre Beneficiario |
| REGISTRO CIVIL / 112646 | IVAN SANTIAGO GREFA SI |
| Fecha nacimiento / Sexo | Tipo de Beneficiario |
| 2/06/2022 / Hombre | NIÑO O NIÑA ENTRE 6 ME |
| Tipo de Unidad | Relación Unidad de Atención |

juimiento nutrición Unidad de servicio Actual

| | Fecha toma | Fecha Valoración | Edad Años | Edad Meses | Edad Días | Peso (Kg) | Talla (cm) | Semanas Gestación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 30/04/2025 | 8/04/2025 | 2 | 10 | 7 | 12.20 | 93.00 | 0 |
| | 16/05/2025 | 13/05/2025 | 2 | 11 | 11 | 12.40 | 93.00 | 0 |
| | 25/06/2025 | 18/06/2025 | 3 | 0 | 16 | 12.60 | 94.00 | 0 |
| | 18/07/2025 | 8/07/2025 | 3 | 1 | 6 | 12.90 | 94.50 | 0 |
| | 12/09/2025 | 11/09/2025 | 3 | 3 | 10 | 13.20 | 96.30 | 0 |
| | 15/10/2025 | 15/10/2025 | 3 | 4 | 13 | 13.00 | 96.30 | 0 |

juimiento nutrición histórico

**FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL**
**DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL**

**NOMBRE DE LA UDS:** Paraiso 2

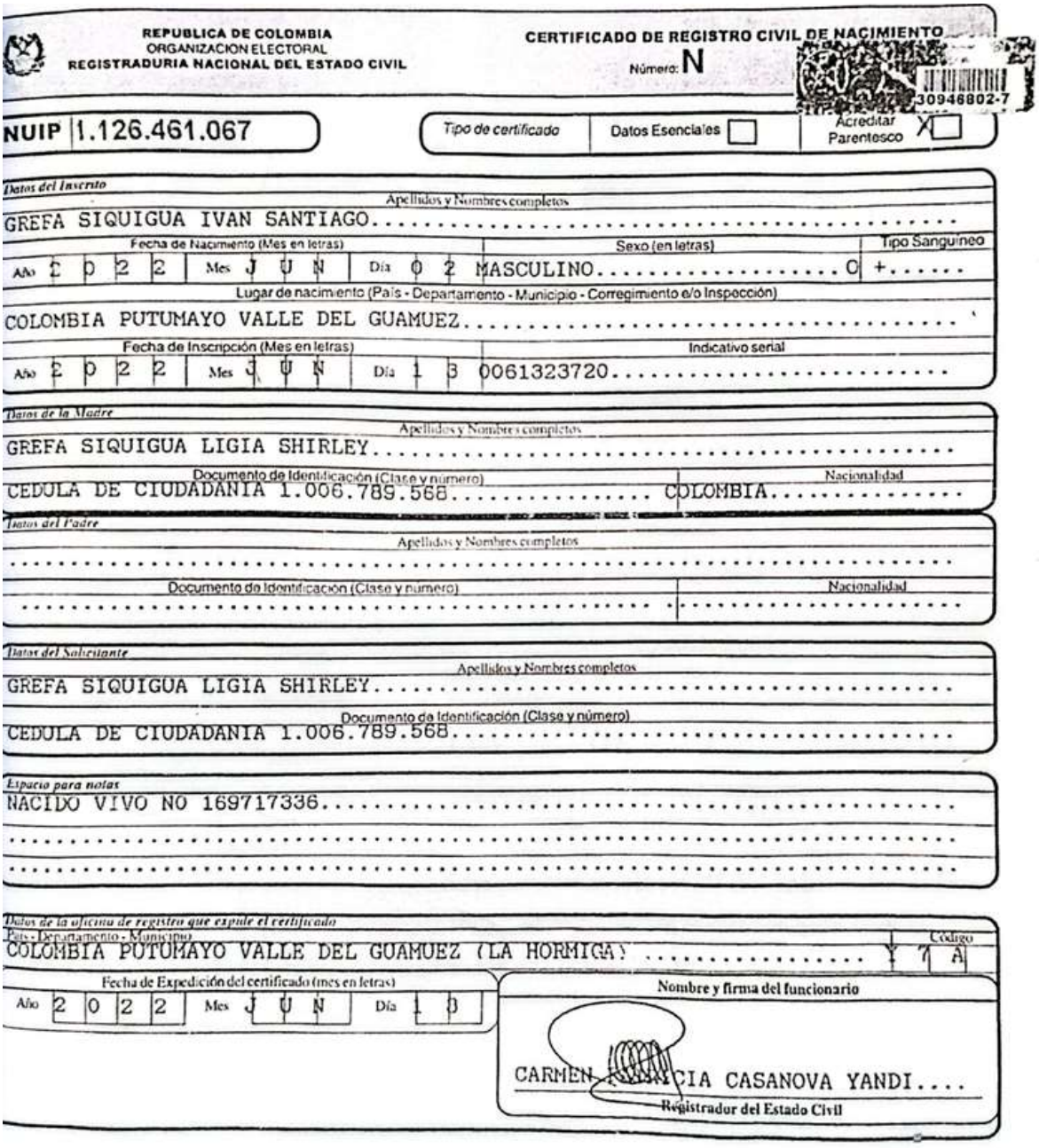
| NOMBRES Y APELLIDOS | PESO | TALLA | PERIMETRO BRAQUIAL | CLASIFICACION NUTRICIONAL | FECHA | REMITIDO SI/NO | OBSERVACIONES | FIRMA DEL RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Juan Santiago Greta Siguigua | 12.4 | 93 | 14.5 | Riesgo de desnutrición Aguda | 13/05 2025 | SI | | Shirley Greta |
| Juan Santiago Greta Siguigua | 12.3 | 94 | 14.4 | Riesgo de desnutrición aguda | 12/06 2025 | SI | | Shirley Greta |
| Ivan Santiago Greta Siguigua | 13 | 96 | 15.7 | Riesgo de desnutrición Aguda | 15/10/25 | SI | | ~~Dafa~~ Ur Canela vera |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:** _____

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

# DOCUMENTACIÓN



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N

30946802-7

NUIP 1.126.461.067

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X ☐

*Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos
GREFA SIQUIGUA IVAN SANTIAGO

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|
| Año 2022 | Mes JUN | Día 02 | MASCULINO | O + |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|
| Año 2022 | Mes JUN | Día 13 | 0061323720 |

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos
GREFA SIQUIGUA LIGIA SHIRLEY

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.568 | COLOMBIA |

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| | |

*Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos
GREFA SIQUIGUA LIGIA SHIRLEY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.568

*Espacio para notas*
NACIDO VIVO NO 169717336

*Datos de la oficina de registro que expide el certificado*

Pais - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Código: Y 1 A

| Fecha de Expedición del certificado (mes en letras) | | | Nombre y firma del funcionario |
|---|---|---|---|
| Año 2022 | Mes JUN | Día 13 | CARMEN [illegible]CIA CASANOVA YANDI |

Registrador del Estado Civil

ADRES

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

**formación Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1126461067 |
| NOMBRES | IVAN SANTIAGO |
| APELLIDOS | GREFA SIQUIGUA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | VALLE DEL GUAMUEZ |

**tos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI | SUBSIDIADO | 07/06/2022 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| Fecha de Impresión: | 09/02/2025 19:04:33 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen bsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del nisterio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la RES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones cnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la dministradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

specto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de iliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el



E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

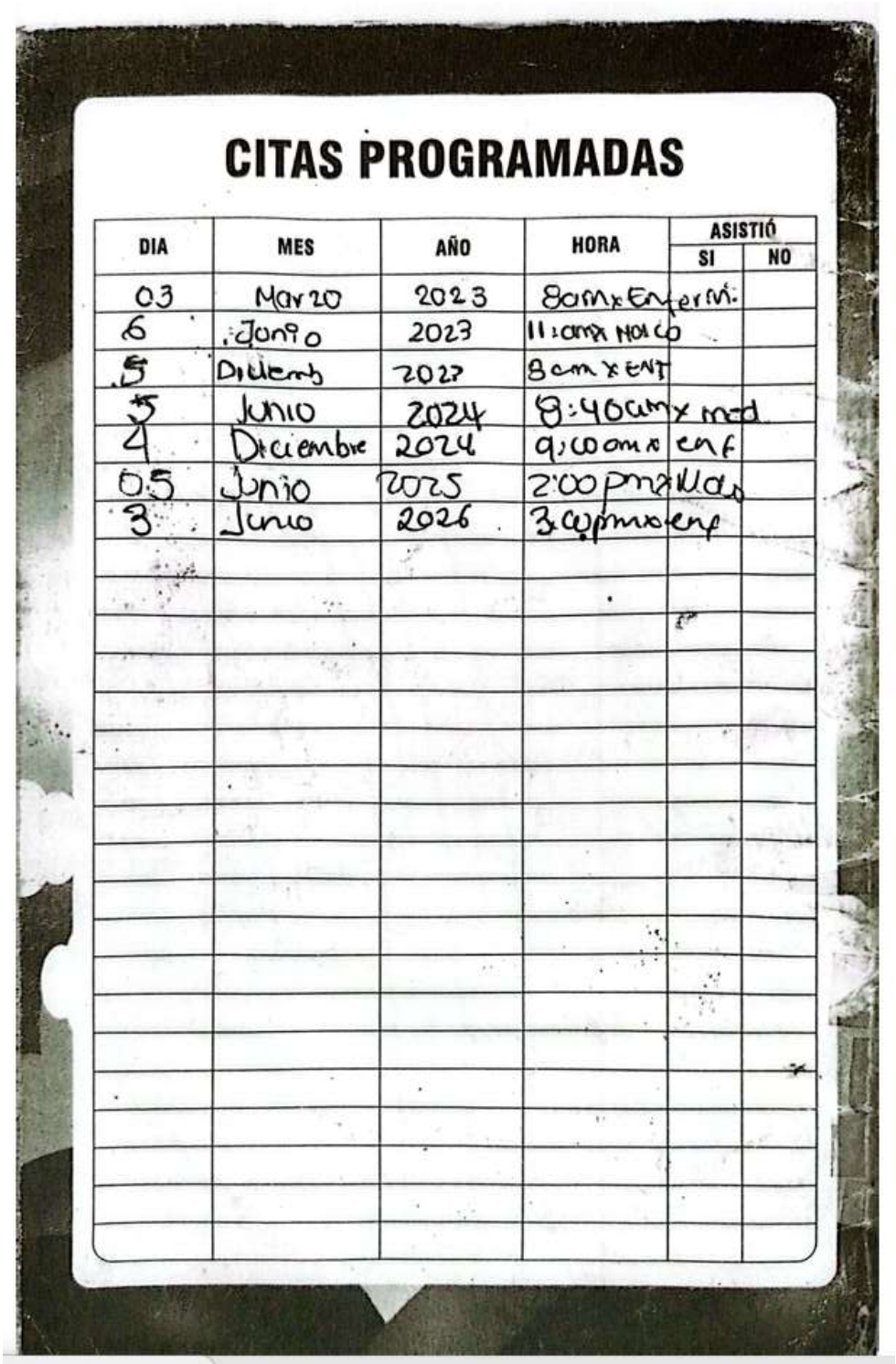
CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

| | |
|---|---|
| Nombres: | Juan Santiago |
| Apellidos: | Grefa Siquigua |
| Fecha de nacimiento: | 02 - Junio - 2022 |
| Lugar de nacimiento: | Valle del Guamuez |
| Identificación: | 1126461067 |
| Barrio/vereda: | la Dorada - San Miguel |
| Responsable del niño: | Ligia Grefa Siquigua |
| N° de Teléfono: | 3223493722 |
| E.P.S.: | Mallamas |
| Grupo Sanguíneo: | O+ |

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

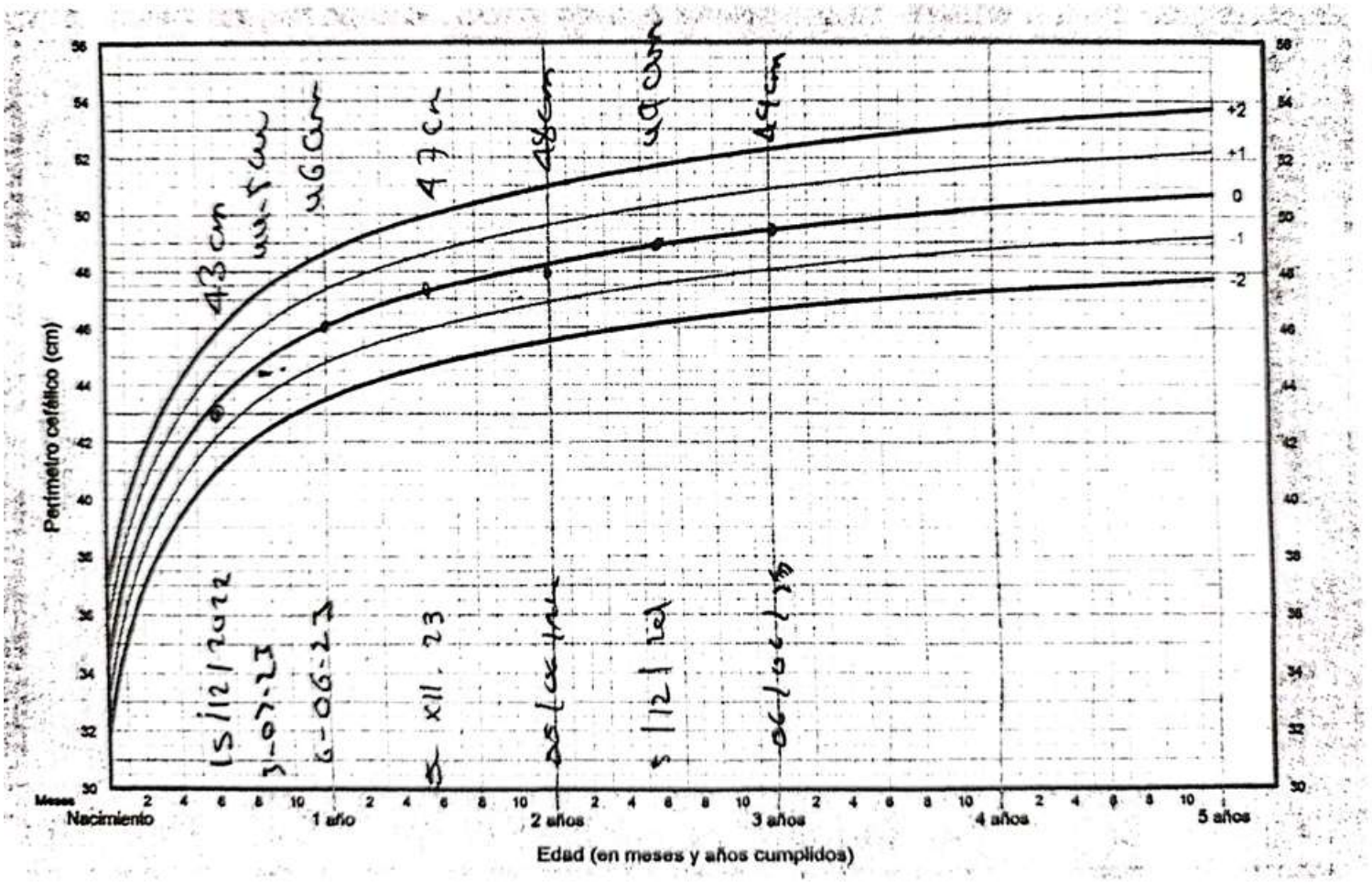
IAMI
INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy



# CITAS PROGRAMADAS

| DIA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | NO |
| 03 | Mar 20 | 2023 | 8am x Enfermí. | | |
| 6 | Junio | 2023 | 11:am x Medico | | |
| 5 | Diciembre | 2023 | 8 am x ENT | | |
| 5 | Junio | 2024 | 8:40am x med | | |
| 4 | Diciembre | 2024 | 9:00 am x enf | | |
| 05 | Junio | 2025 | 2:00 pm x Ma | | |
| 3 | Junio | 2026 | 3:00pm x enf | | |

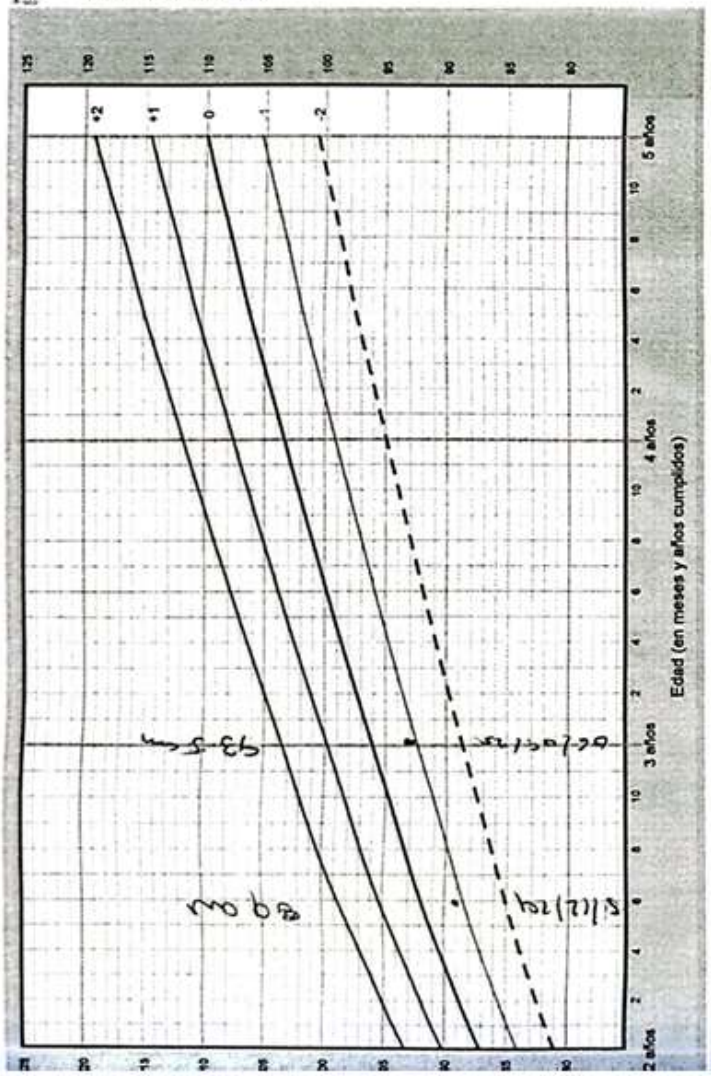



Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

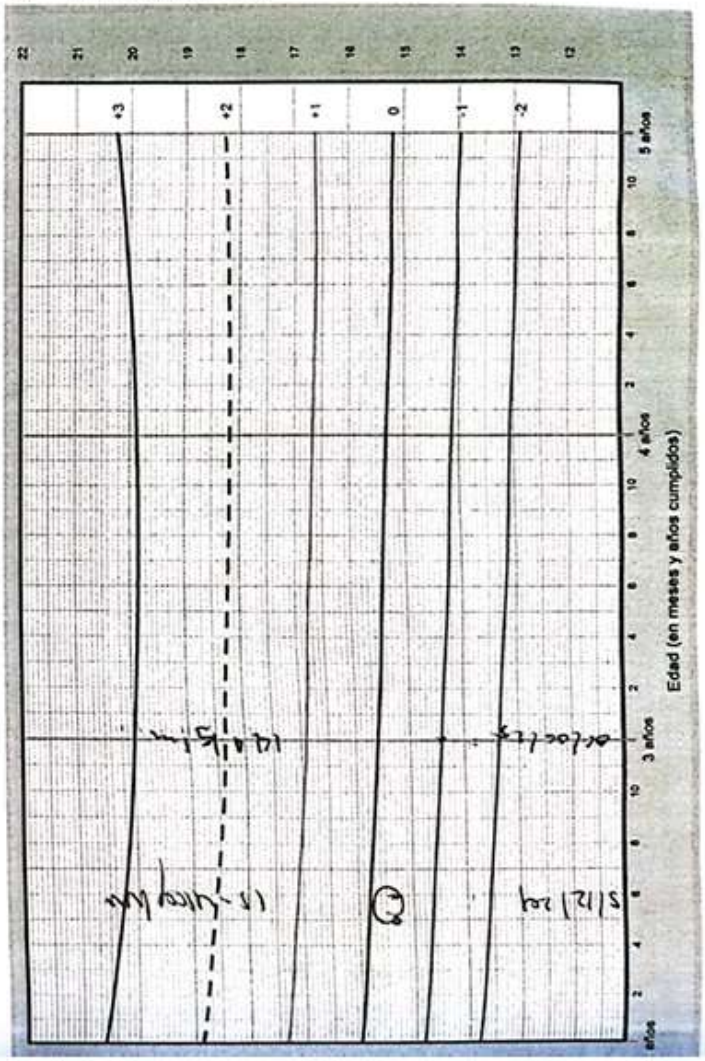
## Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)




## IMC para la Edad Niños

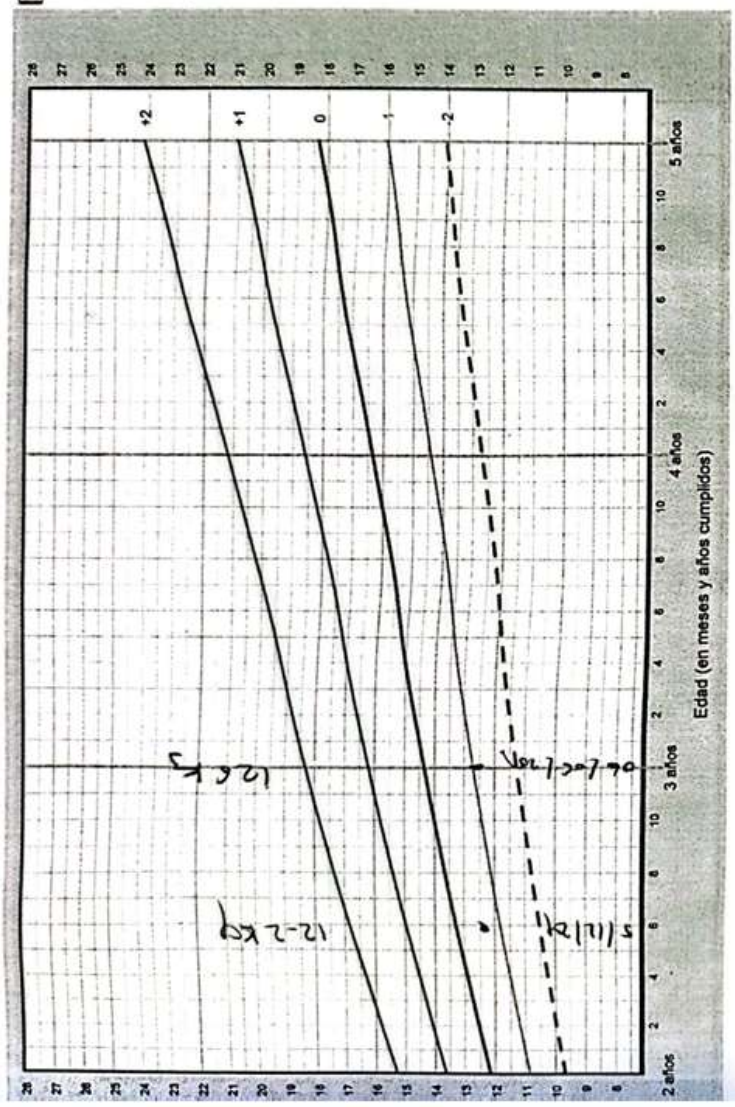
Puntuación Z (2 a 5 años)




321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

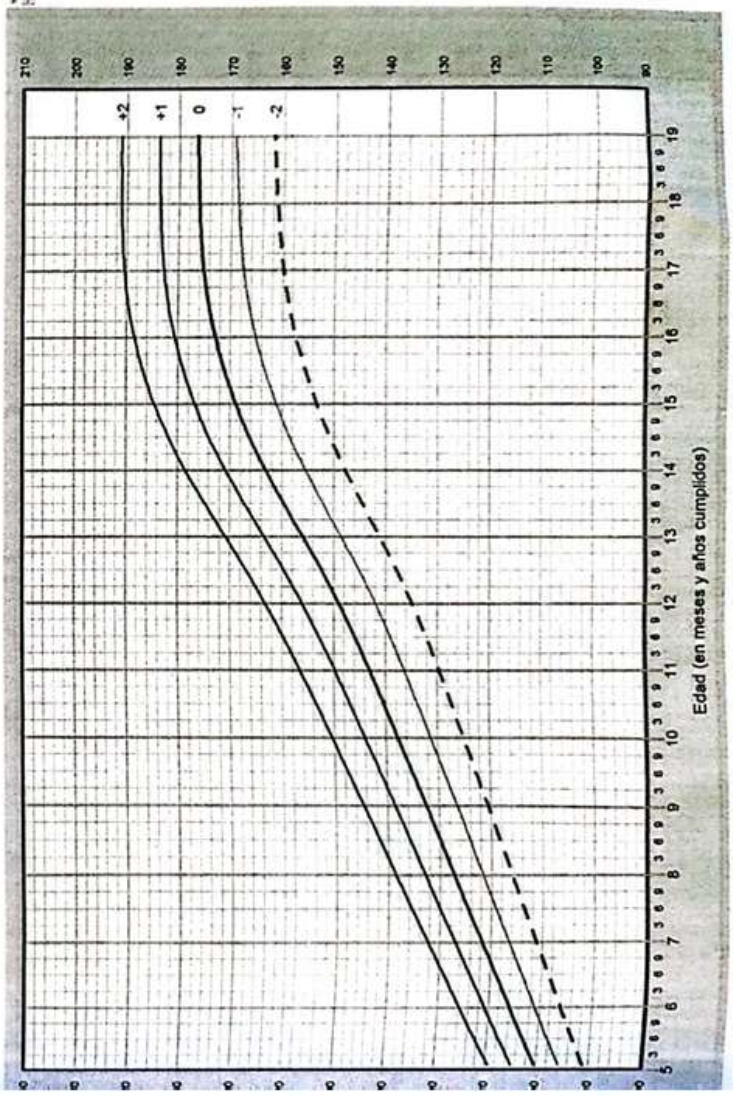
## Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




## Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)




321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

## VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

| SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Resultado Tamizaje Neonatal | TSH neonatal | Normal | | Alterado | | | | |
| | Auditivo OEA/PEAA | Normal | | Alterado | | | | |
| | Cardiopatía Congénita Compleja | Normal | | Alterado | | | | |
| | Visual | Normal | | Alterado | | | | |
| ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA | | | | | | | | |

### ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

| Edad | Fecha | | | Valoración nutricional | | Puntuación Z | Atención en salud por |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | Peso | Talla | | |
| Al mes | | | | | | | |
| 2 a 3 meses | | | | | | | |
| 4 a 5 meses | | | | | | | |
| 6 a 8 meses | | | | | | | |
| 9 a 11 meses | | | | | | | |
| 12 a 17 meses | | | | | | | |
| 18 a 23 meses | | | | | | | |
| 24 a 29 meses | | | | | | | |
| 3 años | | | | | | | |
| 4 años | | | | | | | |
| 5 años | | | | | | | |

### FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | |
| 2.ª entrega | | | |
| 3.ª entrega | | | |

### SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | | | |
| 2.ª entrega | | | | | |
| 3.ª entrega | | | | | |
| 4.ª entrega | | | | | |
| 5.ª entrega | | | | | |

### ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| A partir de 6m | | | |
| 1 año | | | |
| 2 años | | | |
| 3 años | | | |
| 4 años | | | |
| 5 años | | | |

### VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | | | | | |
| 4 años | | | | | |
| 5 años | | | | | |

*Menor o igual a 20 normal

**Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:**

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

**Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:**




**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

## Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Greta Sicuiqua JUAN S.
Fecha de nacimiento: 02/06/2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.126.461.067
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: O+.
Peso al nacer: 2800 Talla: 51.39.5c
Dirección: B/ NUEVA ESPERANZA.
Teléfono 1: 3125314970
Teléfono 2:
Responsable: LIDIA SHIRLEY GRETTA.
Municipio de residencia: U/G.
Departamento: PUTUMAYO

**Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!**

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Ivan Santiago Grafa Siquigua. Tipo identificación: RC No. ID: 1126461067.

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | |
| Recién nacido | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 02 06 2022 | SERUM | 03 30 MA09B | | | JAURA SEBOTA |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 02 06 2022 | SERUM | 0330X0170 | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1° | 02 08 2022 | Biological | 2143CC6. | ESE HSCJ | 02 08 22 | JANETH RINCON |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1° | 02 08 2022 | Serum | 2857X0070 | ESE HSCJ | | |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 1° | 02 08 2022 | Serum | 2857X0070 | ESE HSCJ | | |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1° | 02 08 2022 | Serum | AR01D041AD | ESE HSCJ | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1° | 02 08 2022 | ESE | FR4897. | ESE HSCJ. | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1° | 02 08 2022 | PFIZER | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2° | 03 10 2022 | BIOLOGICAL | 2141003 | | 02 OCT 2022 | Segura Ramos C.C. 25.637.173 AUXILIAR DE ENFERMERÍA |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2° | 03 10 2022 | SERUM | 2851Y0224 | | | |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 2° | 03 10 2022 | SERUM | 2851Y0224 | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2° | 03 10 2022 | SERUM | 2851Y0224 | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2° | 03 10 2022 | ESE | AR01D041AD | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2° | 03 10 2022 | PFIZER-PR4897. | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3° | 06 DIC 2022 | Biological | 2141014 | | 03 12 2022 | Solandy E |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3° | 06 DIC 2022 | Serum | 2851Y0224 | | | Solandy E |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 3° | 06 DIC 2022 | Serum | 2851Y0224 | | | Solandy E |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 3° | 06 DIC 2022 | Serum | 2851Y0224 | | | Raiza B. |
| | Influenza estacional | 1° | 06 Junio 2023 | Biopharma | U505L3004 | | 06 Julio 2023 | Dra. E. Bravo B. |
| 7 meses | Influenza estacional | 2° | 11 Julio 2023 | GC | U505L5002 | | | |
| | Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP) | 1° | 13 Junio 23 | Serum | 01321N071A | ESE HSCJ | | Diego Bolaños |
| 12 meses | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | Refuerzo | 13 Junio 2023 | PFIZER | FR4895 | ESE HSCJ | | |
| | Varicela | 2° | 13 Junio 23 | MSD | W0351653 | ESE HSCJ | | |
| | Hepatitis A | Única | 13 Junio 23 | MSD | W0051-4 | ESE HSCJ | 12 Junio 2024 Mayo 2024 | Eduar |
| | Influenza estacional | Anual | 28 03 2024 | Butantan | 2900979000 | ESE HELD | | Mayerlin Mejia |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP ✓ VOPb ☐) | 1er refuerzo | 05 Dic 23 | Biological | 2234007 | ESE HSCJ | | Mayerlin Mejia |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) Pente | refuerzo | 05 Dic 23 | Serum | 2851Y0321 | ESE HSCJ | | Diego Bolaños |
| | Fiebre amarilla | Única | 13 Junio 23 | Biomanguinhos | L210VEC0272 | ESE HSCJ | | |
| 5 años | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 2.° refuerzo | | | | | 02/06/2027 | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.° refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2.° | 05 Dic 2023 | Serum | 01321N0481B | ESE HSCJ | | Mayerlin Mejia |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1.° | | | | | | |
| | | 2.° | | | | | | |
| | | 3.° | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Covid-19 | (1) | firmo | disentimiento | 14-05-2023 | | | |
| | Covid-19 SR | (2) RF | 04 03 24 | Serum | 0722419 | ESE HSCJ | | patiC |

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.




| CP | F | S | D | PRÓXIMA CITA | PRÓXIMA CITA |
|---|---|---|---|---|---|
| ✓ | ✓ | | | 30-06-2023 | 5-01-2024 |
| ✓ | ✓ | | | 16 febrero 2024 | 16 Agosto 2024 |
| ✓ | ✓ | | | 04 Sept 2024 | 05 marzo 2025 |
| ✓ | ✓ | | | 06 marzo 2025 | 06 Sept 2025 |
| ✓ | ✓ | | | 12-sept-2025 | 12-marzo-2026 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | Adriana Chaves Higienista Oral 41108966 |

**REGIONAL: PUTUMAYO**

**CENTRO ZONAL: LA HORMIGA**

**OPERADOR: FUNDACION ALMA DE VIDA**

**NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: VERONICA CABRERA SANCHEZ**

**FECHA: 23 DE OCTUBRE 2025**

| SITUACIÓN ENCONTRADA | ACCIONES (Actividades a realizar) | FECHA – dd/mm/aaaa (fecha programada de terminación) | EVIDENCIA (soporte del cumplimiento de la acción definida) | VERIFICACIÓN (cumple - no cumple; la actividad programada de acuerdo con la fecha y evidencia definida). |
|---|---|---|---|---|
| No cuenta con la valoración antropométrica quincenal, según las frecuencias establecidas en la Guía Operativa del Servicio de Primera Infancia". la ausencia de una valoración antropométrica del usuario Iván Santiago Grefa Siquigua. | De manera responsable el equipo base estará al tanto del Cruce mensual de información entre la nutricionista y administrativa, psicosocial y coordinación en la plataforma "Cuéntame", verificando que todos los usuarios estén incluidos.<br><br>Revisión y firma conjunta de los listados antes de cada toma quincenal de medidas antropométricas. | 23 de octubre 2025 |  | El equipo se compromete a la verificación de la información dando cumplimiento de estas novedades. |

PÚBLICA



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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Fortalecimiento del proceso de empalme entre profesionales para garantizar una entrega completa, organizada y validada de los registros técnicos. | | | |

Edith Meneses.
Coordinadora pedagógica

Daniela Stefania Vera
Nutricionista

Estepany Blandón Linares
Apoyo Psicosocial

Leydi Johana Lopez.
Auxiliar Administrativa

PÚBLICA



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