**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: 494** | **Servicio que presta: HCB - FAMI BIENVENIR** | |
| **Fecha de Inicio de la Prestación del Servicio: N/A** | | **Período reportado: 01/12/2025-31/12/2025** | |
| **Municipio(s) en el que se ubica el servicio: ANDES** | | | **N° de unidades de servicio: 36** |
| **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 | 494 | | |
| Total de niñas y niños atendidos en el periodo | 392 | 79% | |
| Total de mujeres gestantes atendidas en el periodo (aplica para DIMF, MP, HCB FAMI) | 51 | 10% | |
| Usuarios nuevos en el periodo | 7 | 1% | |
| Usuarios reportados con calidad en el sistema de información del ICBF en el periodo | 392 | 79% | Se realiza el registro de los participantes en la platafoma cuentame, se enviaron los tiket para los que presentaron novedades |
| Usuarios con discapacidad atendidos (incluye madres gestantes y mujeres en periodo de lactancia) | 0 | 0% | |

## 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 | 5 | 1% | |
| Mujeres gestantes que se retiraron durante el período | 5 | 1% | |
| Niñas y niños que ingresaron en el período | 3 | 1% | |
| Niñas y niños que se registraron con calidad en el sistema de información del ICBF | 392 | 79% | |

## 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 | 10 | 0 | 0% | |
| Niñas y niños sin afiliación a salud | 0 | 0 | #¡DIV/0! | |
| Mujeres gestantes y madres lactantes sin afiliación a salud | 0 | 0 | #¡DIV/0! | |
| Niñas y niños sin control de crecimiento y desarrollo | 16 | 2 | 13% | Se esta realizando el tramite de actualizacion y de citas para la gestion del mismo. |
| Niñas y niños sin esquema de vacunación completo acorde a su edad al inicio del contrato | 5 | 2 | 40% | |
| Casos de malnutrición identificados | 0 | 1 | #¡DIV/0! | Se realiza el reporte, informe y seguimiento de los casos identificados con desnutrición. |
| Casos identificados de signos de malnutrición | 0 | 1 | #¡DIV/0! | Se realiza el reporte, informe y seguimiento de los casos identificados con desnutrición. |

| ASPECTO A EVALUAR | | N° DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE | TOTAL DE CASOS REPORTADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO | ALERTAS, OBSERVACIONES Y RESUMEN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS |
|---|---|---|---|---|
| Número de casos de malnutrición reportados a las Entidades correspondientes | Desnutrición | 1 | 6 | Se realiza el reporte, informe y seguimiento de los casos identificados con desnutrición. |
| | Sobrepeso u Obesidad | 53 | 0 | se realiza educaciòn nutricional para los participantes identificados con malnutriciòn por déficit. |

| 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 | 1 | 0,003861004 | Se realiza el reporte, informe y seguimiento de los casos identificados con desnutrición. |
| | Desnutrición Crónica | 0 | 0 | |
| | Desnutrición Global | 0 | 0 | |
| | Normal o eutrófico | 205 | 0,791505792 | |
| | Sobrepeso | 37 | 0,142857143 | |
| | Obesidad I | 16 | 0,061776062 | |
| | Obesidad II | 0 | 0 | |
| | Obesidad III | 0 | 0 | |
| **TOTALES** | | **259** | **100%** | |

| | |
|---|---|
| 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 | 0 | 0 | NO SE PRESENTAN CASOS DE SITUACIONES DE VULNERACION O MALTRATO |
| | Maltrato infantil | 0 | 0 | |
| | Violencia sexual | 0 | 0 | |
| | Negligencia | 0 | 0 | |
| | Explotación sexual | 0 | 0 | |
| | Otros | 0 | 0 | |
| **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.

**Desde cada UDS se implementan los pilares de la educación para el desarrollo de las planeaciones pedagógicas**

| 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 | 33 | 298 | 363 | -Enfermedades Transmitidas por Alimentos -ETAS.<br>-Enfermedades inmunoprevenibles.<br>-Enfermedades prevalentes Seguimiento al desarrollo, Dia de la Familia |
| Número de visitas de acompañamiento a los hogares o familias | 13 | 161 | 91% | Se realiza acompañamiento en el hogar de acuerdo a las necesidades de la familia |

**6. DESARROLLO DEL POAI**

| | | |
|---|---|---|
| Enuncie las dificultades que encontraron para desarrollas las acciones propuestas para cada uno de | Componente Pedagógico | NO APLICA |
| | Componente de Salud y Nutrición | NO APLICA |
| | Componente de ambientes educativos y protectores | NO APLICA |

| | | |
|---|---|---|
| desarrollas las acciones propuestas para cada uno de los componentes del POAI | Componente de familia, comunidad y redes | NO APLICA |
| | Componente administrativo y de gestión | NO APLICA |
| | Componente de talento humano | NO APLICA |

**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 | 0 | | | |
| Agentes educativos o maestros | 3 | | | |
| 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) | 33 | | | MADRES COMUNITARIAS |
| **Total** | **40** | **0** | **0** | |

| Procesos de formación con agentes educativos | N° DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS | N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS | N° TOTAL DE ASISTENTES | BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 1 | 40 | Se realiza la jornada de reflexiòn pedagógica y jornada de cualificación a talento humano |

**8. OBSERVACIONES GENERALES**

Se realiza la jornada de reflexiòn pedagógica y jornada de cualificación a talento humano el último viernes del mes de **NOVIEMBRE**

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**