NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Alony sophia Castro Perez

FECHA DE NACIMIENTO: 27-10-2021 **UDS:** HBDY - jardin A

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10-2-2026	4a-3m	14,1 kg	102cm	14 cm	Riesgo de dnt	Karla B	Si
23-2-2026	4a-3m	14,1 kg	102cm	14cm	Riesgo de dnt	Karla B	Si
9-3-2026	4-a-4m	14,1 kg	102 cm	14cm	Riesgo de dnt	Karla B	Si
24-3-2026	4a-4m	14,1 kg	102 cm	14cm	Riesgo de dnt	Karla B	S
7-4-2026	4a-5m	14,5kg	102cm	14cm	Peso adecuado	Karla B	NO
5-5-2026	4a-6m	14,4kg	102,8 cm	14cm	Riesgo de dnt	Karla B	NO
19-5-2026	4a-6m	14,4kg	102,8cm	14cm	Riesgo de dnt	Karla B	NO

FIRMA: Karla Baba P

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Alvany Sophia Castro	Edad	4 años
Nº Documento	1182713623	Telf.	1
Lugar	Casa de habitacion	Fecha	11-5-2026
UDS	Modelo despacho	Área	Salud

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento Riesgo de desnutricion

DESARROLLO DE LA VISITA

Se notifica a la madre que la participante nuevamente se encuentra en un estado nutricional de Riesgo de Desnutricion, madre refiere que estaba curcando por un cuadro gripal motivo por el cual ha disminuido su apetito. Asi mismo, se notifica que el apetito en el CDI tambien ha disminuido y se identifica que tiene preferencia por alimentos azucarados, se orienta en mejorar su alimentacion con el fin de mejorar su estado nutricional, prefiere alimentos y preparaciones naturales debido a que su gusto y preferencia al ser por alimentos mas dulces prefiere rechaza hacia alimentos con un sabor mas natural y su estado puede desmejorar

OBSERVACIONES

Se identifica consumo alto por preparaciones o alimentos ricos en azucares simples

COMPROMISOS

Seguir las orientaciones dadas frente a la alimentacion
Asistir al CDI de manera mas frecuente

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Barbara Perez
FIRMA	Barbara Perez
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Marcela Bubara
FIRMA	Marcela Bubara P

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

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

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	
Nombre de usuario	Thiago Valencia Rúales.	Edad	3 años 7 meses.
Nº Documento	1123213109.	Telf.	3136189549.
Lugar	Bl Luis Carlos Galán	Fecha	13/05/2026
UDS	CDI Villa Rosa.	Área	Salud y Nutrición.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento nutricional a participante con Dx de Riesgo de DNT Agudo.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza seguimiento nutricional al participante en compañía de su madre. donde se notifica que el dx nutricional. Riesgo para la. Desnutrición Aguda Persiste, por tanto se indaga sobre el estado de salud del participante. donde la madre refiere síntomas gripales y con ello. disminución del apetito. refiere. acompañamiento Familiar en el consumo de los alimentos, por tanto se orienta. Sobre la Importancia en el Consumo del AAUN en diferentes preparaciones realizadas en el Hogar con el Fin de contribuir a su mejoramiento en el estado nutricional.

OBSERVACIONES

El participante es Bastante selectivo en los alimentos. rechazo. preparaciones. "espesas" según refiere la madre, entre ellos con AAUN. por ello se orienta como integrarla en otras preparaciones de mejor aceptación por el Participante.

COMPROMISOS

La madre del participante se compromete a seguir las. Orientaciones y Recomendaciones suministradas con el Fin. de lograr el adecuado estado nutricional, así como continuará acudiendo oportunamente a las valoraciones y atenciones en Salud. Según corresponda.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Angie Rúales.
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Nathaly Rebolledo.
FIRMA	

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

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

fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Thiago Valencia Rvales.

FECHA DE NACIMIENTO: 08/10/2022 **UDS:** CDI VILLAROSA

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
09/02/26	3años 4m	11.9	91.1	14.3	Riesgo de DNT Aguda.	Nathaly D	Si
23/02/26.	3años 4m.	12.1	91.1	14.3.	Riesgo de DNT Aguda.	Nathaly D	Si
09/03/26	3años 4m	12	91.2	14.3	Riesgo de DNT Aguda	Nathaly D	Si
24/08/26	3años 5m	12.4	91.2.	14.3	Peso de acuerdo Brazo b/b	Nathaly D	Si
08/09/26	3años 5m	12.1	92	14.3	Riesgo DNT Aguda.	Nathaly D	Si
22/04/26	3años 6m.	12.1	92	14.3	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si
05/05/26.	3años 6m	12.2	92.2	14.3	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si
19/05/26.	3años 7m	12.35.	92.2	14.3.	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Daniel Carrazquilla Bravo.	Edad	4 Años 8m.
N° Documento	1040523158	Telf.	3047677894.
Lugar	B/ San Martin	Fecha	13/05/2026.
UDS	CDI Villa Rosa.	Área	Salud y Nutrición.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento nutricional a Participante con Dx de Riesgo de DNT Aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza seguimiento nutricional al participante en compañia de su acudiente donde se notifica que tras la realizacion de la toma de medidas antropometricas el Participante continua en el dx de Riesgo de Desnutricion aguda, ademas de presentar sintomas leves de Congestion nasal (segun refiere la acudiente) por ello disminucion del apetito, de acuerdo a lo anterior, se orienta sobre la importancia del consumo del AAUN y como integrarlo en las diferentes preparaciones en el hogar con el fin de contribuir al mejoramiento del estado nutricional del Participante

OBSERVACIONES

Durante la atencion en el CDI se evidencia adecuado consumo de los alimentos.

COMPROMISOS

La acudiente del Participante se compromete a seguir las Recomendaciones y Orientaciones suministradas y continuar asistiendo oportunamente a las atenciones en Salud de acuerdo a la edad segun corresponda, ademas de Identificar signos y sintomas de alarma y acudir a atencion medica. evitar la automedicacion.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Juliana Padilla.
FIRMA	Juliana Padilla
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Nathalia Delgado.
FIRMA	

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Daniel Carrasquilla Bravo.

FECHA DE NACIMIENTO: 27/08/2021 **UDS:** CDI VILLAROSA

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
09/02/26	4A -5m	12.4	95.5	15.4	Riesgo de DNT Aguda	Nathaly D	Si
23/02/26	4A -5m	12.5	95.5	15.4	Riesgo de DNT Aguda	Nathaly D.	Si
09/03/26	4A - 6m	12.5	95.6	15.4	Riesgo de DNT Aguda	Nathaly D	si
24/03/26	4A - 6m	12.5	95.6	15.4	Riesgo de DNT Aguda	Nathaly D	Si
08/04/26	4A - 7m	12.3	96	15.4	Riesgo de DNT Aguda	Nathaly D	si
22/04/26.	4A - 7m.	12.5	96.2.	15.4	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si
04/05/26	4A -8m	12.8	96.5	15.4	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	si
18/05/26.	4A - 8m	12.8	96.5	15.4	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Emily Marte Pantoja Ortiz	Edad	3Años 3meses
Nº Documento	1123213401	Telf.	3115849827.
Lugar	B/ Villa Rosa	Fecha	12/05/2026.
UDS	CDI Villa Rosa.	Área	Salud y Nutrición

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento Nutricional a Participante con Dx Obesidad

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza seguimiento nutricional al la participante y su acudiente con el fin de verificar su evolución y estado de salud. donde la acudiente refiere que la participante no ha presentado signos o síntomas de alarma. mantiene su apetito habitual sin embargo se mantienen. mejoras en porciones y tipos de alimentos. Por tanto se socializa con la acudiente que la participante continua en seguimiento debido al Dx Persistente y se orienta sobre la influencia del entorno familiar y las practicas de alimentación, evitar forzar el consumo de los alimentos, evitar distractores como el televisor teléfono, compartir en familia, aderas de evitar alimentos o productos ultra procesados con alto contenido de azucares simples.

OBSERVACIONES

Se evidenca que en el Entorno familiar. se suministran y consumen preparaciones y productos ultraprocesados altos en azucares simples, se sensibiliza a la familia sobre las repercusiones de este habito sobre la salud de la participante.

COMPROMISOS

la acudiente de la participante se compromete a seguir las Recomendaciones e implementar acciones en el entorno familiar que permitan el mejoramiento del estado nutricional de la participante.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Lady Ordoñez (Abuela)
FIRMA	LADY Ordoñez
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Nathaly Delgado
FIRMA	

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

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

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Emily Maite Pantoja Ortiz

FECHA DE NACIMIENTO: 25/01/2023 **UDS:** CDI VILLAROSA

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
09/02/26.	3 años 0m.	21.5	98.9	21	Obesidad.	Nathaly D.	Si
09/03/26	3 Años 1m	21	99.4	21	Obesidad	Nathaly D	Si
09/04/26	3 Años 2m	20.8	99.5	21	Obesidad	Nathaly D	Si
05/05/2026	3 Años 3m	21.6	101.5	21	Obesidad	Nathaly D	Si

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Yeidy Alejandra Dominguez.	Edad	4A - 2meses.
Nº Documento	1123212583	Telf.	3203264023.
Lugar	B/ Villa Rosa	Fecha	12/05/2026
UDS	CDI Villa Rosa.	Área	Salud y Nutricion

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento nutricional a Participante con Dx Obesidad.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza seguimiento nutricional a la participante, en compañia de su madre, donde se notifica que tras la realizada de la toma de medidas antropometricas trimestral se identifica que persiste el diagnóstico de Obesidad, por tanto, Se orienta sobre la importancia del manejo de porciones y seleccion de alimentos predominando lo mas natural posible y evitar el consumo de Ultraprocesados, altos en azucares simples, y grasas saturadas, aumentar el consumo de Frutas y verduras, una adecuada hidratacion y actividad Fisica.

OBSERVACIONES

En el Entorno Familiar se evidencia mal manejo de porciones. (Exceso) Se orienta sobre porciones adecuadas y seleccion de los alimentos; Cuenta con seguimiento nutricional, pediatrica y con endocrinologo. periodicamente mediante EPS.

COMPROMISOS

La madre de la Participante se compromete a seguir las Indicaciones y Recomendaciones suministradas.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Ledy Estrella.
FIRMA	Ledy Estrella
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Natalia Delgado
FIRMA	

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

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

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Yeidy Alejandra Dominguez Estrella

FECHA DE NACIMIENTO: 10/02/2022 **UDS:** CDI VILLAROSA

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
09/02/26	3A - 1m	22.8	104.2	20.7	Obesidad	Nathaly D	Si
09/03/26	4años	22.5	105.1	20.7	Obesidad	Nathaly D	Si
09/04/26	4A - 1m	23	105.3	20.7	Obesidad	Nathaly D	Si
01/05/26	4A - 2m	23.8	106.6.	20.7	Obesidad	Nathaly D	Si

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

FUNDACIÓN FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Delay Santiago Delgado Rojas	Edad	4 Años
Nº Documento	1123212765	Telf.	3138667123.
Lugar	B/El trebol.	Fecha	12/05/2026.
UDS	CDI Villa Rosa.	Área	Salud y Nutricion.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento Nutricional a participante con Dx de Obesidad.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza seguimiento nutricional al Participante en compañia de su madre, donde se notifica que tras la realizacion de la 2 toma trimestral de medidas antropometricas se identifico que el participante se encuentra en el diagnostico nutricional "Obesidad" el cual ha sido persistente, por tanto se brindan orientaciones sobre el Entorno familiar y la influencia de sus habitos en su estado nutricional, se resaltar el evitar productos altoprocesados, ademas de regular las porciones suministradas en el trapeo, Evitar el uso de distractores como la televisor o el celular mientras se consumen los alimentos, compartir con los miembros de la familia y el proceso de consumo/masticacion pausado y adecuado de los alimentos.

OBSERVACIONES

Se evidencia que en el entorno familiar predomina el consumo de alimentos altos en azucares simples y grasas saturadas. ademas de mal manejo de porciones en el suministro de los alimentos al participante.

COMPROMISOS

La madre del participante se compromete a seguir las Orientaciones y Recomendaciones suministradas y continuar implementando mejoras en los habitos alimentarios, regulando las porciones y seleccion de los alimentos. (lo mas natural posible).

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Kelly Rojas
FIRMA	Kelly Rojas
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Nathaly Delgado
FIRMA	

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

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

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Deiby Santiago Delgado Rojas

FECHA DE NACIMIENTO: 25/04/2022 **UDS:** CDI VILLAROSA

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
09/02/2026	3A 9m	21.5	100.3	19.5	Obesidad	Nathaly D	Si
09/03/2026	3A 10m	21	101.4	19.5	Obesidad	Nathaly D	Si
09/04/2026	3A 11m.	21.1	101.4	19.5	Obesidad	Nathaly D	Si
04/05/2026	4 AÑOS	22.3	102	19.5	Obesidad	Nathaly D	Si

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Ediet te. Samara Ortega

FECHA DE NACIMIENTO: 9 Agt-22 **UDS:** Casita Feliz I

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10-2-26	3-5m	11.5	88	14.5	Peso adecuado	Yuy Perez	No
06/05/26	3A 8M	11.4	89.5	13	Riesgo de DNTogesto.	Peso L	Si
20/05/26	3A 9M	11.6	89.5	13	peso adecuado para T.	Peso L	NO

FIRMA APOYO SALUD: Yuy Perez

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

CONFIDENCIAL

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	
Nombre de usuario	Eliette Samara Ortega	Edad	3A 9M
Nº Documento	1123212969	Telf.	3212020500
Lugar	CDI casita feliz	Fecha	25/05/26
UDS	CDI casita feliz	Área	Salud y Nut.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento nutricional a participante que presenta Dx: Riesgo de DNT aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante el diálogo con el padre de participante se da a conocer que se realiza control de toma de medidas antropometricas y que Eliett presento peso: 11.4 Kg talla: 89.5 cm PB: 13cm y que en plataforma cuentame de ICBF repota Dx: Riesgo de DNT aguda, en control quincenal peso: 11.6 Kg para lo que se observa evolucion favorable y repota en cuentame peso adecuado para talla; se indaga de antecedentes y padre refiere que al nacer peso 3090gr talla 49cm y con respecto a controles y seguimiento en salud asistió a Vx nutrición en abril y próximo control en 7 mes, cita pendiente.

OBSERVACIONES

Se educa en la importancia de alimentación saludable, rico en frutas, verduras, Proteinas y complementar con preparaciones a base de AAUN y asistir a controles oportunamente. NO presenta Vx pediatria, se educa en signos de alarma.

COMPROMISOS

Padre se compromete a mantener y fortalecer hábitos de alimentación saludable en el hogar, cumplir con las recomendaciones nutricionales y de salud. Desde el componente desalud y nutricion continuar seguimiento al estado nutricional, verificar asistencia a controles.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	X CAMILO ORTEGA
FIRMA	X
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Rosa Lopez G
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Emily Sofia Velasquez

FECHA DE NACIMIENTO: 07/11/2022 **UDS:** _____CDI CASITA FELIZ____

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
05/03/26	3A 3M	19	98.5	16.5	Sobrepeso	Rosio J	NO
06/05/26	3A 5M	20.4	99.5	18	Obesidad	Rosio J	NO

FIRMA: Rosio J

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Emily Sofia Velasquez J.	Edad	3A 6M
N° Documento	1123213194	Telf.	3214567654
Lugar	CDI casita feliz	Fecha	28/05/26
UDS	CDI casita feliz	Área	Salud y Nut.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar Seguimiento nutricional a participante que presenta Dx: obesidad.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se informa a acudiente (abuela) de participante que se realizó seguimiento nutricional mediante toma de medidas antropométricas y que nos reporta Dx de obesidad, acudiente refiere que en consultas anteriores le habían informado que tiene sobrepeso, no esta en control con pediatria ni nutricion. Se educa en la importancia de hábitos alimentarios, patrones de actividad física, promover el consumo de frutas, verduras y agua, de igual forma disminuir el consumo de bebidas azucaradas y productos ultraprocesados. Fortalecer la actividad física.

OBSERVACIONES

Se evidencia la necesidad de fortalecer hábitos alimentarios saludables, aumentar la actividad física.

COMPROMISOS

Acudiente se compromete a promover alimentación balanceada en el hogar, asistir de manera oportuna a controles médicos. Desde el componente de salud y nutrición el compromiso es realizar seguimiento nutricional.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	ROSA ALVAREZ
FIRMA	ROSA A
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Ronny Lopez G.
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Erick Mateo Vasquez Imbus

FECHA DE NACIMIENTO: 28 - Enero - 22 **UDS:** Casita Feliz I

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10-02-2026	4 años	26	108,1	23	Obesidad	Yury Perez	Si
11/03/2026	4A 7M	26.6	108.1	21	obesidad	Rosio L	Si
11/04/2026	4A 7M	26.5	108.7	21	obesidad	Rosio L	Si
05/05/26	4A 3M	27	109	27	Obesidad	Rosio L	Si

FIRMA:

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA - PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 - 3107860912
CORREO ELECTRONICO: fundfraternidad@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	
Nombre de usuario	Erick Mateo Vasquez.	Edad	4 A 3 M
N° Documento	1123212541	Telf.	3133763336
Lugar	CDI casita feliz	Fecha	25/05/26
UDS	CDI casita feliz	Área	Salud y Nut

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento nutricional a participante que presenta DX obesidad.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se dialoga con acudiente de participante (abuelo) y se da a conocer que en el último control realizado no hay evolución favorable ya que subió 300gr, peso: 27kg lo cual nos reporta que presenta obesidad; acudiente refiere que participante esta realizando ejercicio, esta en una escuela de fotbol y asiste 3 veces a la semana, de igual forma realiza ejercicio en bicicleta y patineta. en cuanto a la alimentación se restringio los fritos, y ultra procesados, se aumentó el consumo de frutas, verduras y agua. Se educa en la importancia de mantener en el tiempo y fortalecer estilos de vida saludable.

OBSERVACIONES

Acudiente se observa q aporta información clara y detallada sobre el caso, mostrando disposicion para el acompañamiento y compromiso con el cuidado integral y bienestar del niño.

COMPROMISOS

Participante asistió a consulta con nutrición el 8 de mayo y control en 2M, a pediatría asistió el 20 de mayo, Dra ss laboratorios y control con ellos. Acudiente se compromete asistir de manera oportuna a realizar lab. y controles. Salud y nutrición a continuar seguimiento.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	X José Jesús
FIRMA	X José Jesús
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Paola Lopez G
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Julieth Ariadna Alvarez Delgado

FECHA DE NACIMIENTO: 19- Oct-21 **UDS:** Casita Feliz I

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10-02-2026	4-3m	14.1	103,4	15	Riesgo Desnutrición Ag.	Yuli Perez	No
05/05/26	4A6M	14-7	105.6	14	Riesgo DNT aguda	Rosio L.	Si
20/05/26	4A7M	15	105.8	14	Riesgo DNT aguda	Rosio L	Si

FIRMA: Yuli Perez

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Julieth Ariadna Alvarez D	Edad	4A 6M
N° Documento	1120016172	Telf.	3208370565
Lugar	B/ El Trebol	Fecha	28/05/26
UDS	CDI costa feliz	Área	Salud y Nut.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento nutricional a participante que presenta Dx Riesgo de DNT aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se da a conocer a madre de participante el objetivo de realizar control de medidas antropometricas, se indaga de antecedentes, madre refiere que lanina es prematura, nacio a las 37 semanas, estuvo en UCI, peso al nacer 1350gr Talla: 40cm, no fue posible dar lactancia materna exclusiva. Esta en control con nutricion y pediatria, ultimo control con nutricion 27/05/2026 con pediatria el 23/03/2026. En UCI estuvo 40 dias y obtuvo un peso de 2300gr. Se educa a la madre en la importancia de hábitos alimentarios saludables promover el consumo de frutas y verduras.

OBSERVACIONES

Madre receptiva, aporta información clara y detallado sobre el caso, muestra disposicion e interes para el acompañamiento. Desde el componente de salud se tramito cita con ped. para el 04/06/2026.

COMPROMISOS

Madre se compromete asistir de manera oportuna a controles con especialista y enviar soportes de atencion al CDI. Desde el area de salud continuar con el seguimiento nutricional y apoyar en el trámite de citas de ser necesario.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Yuly Delgado
FIRMA	Yuly Delgado
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Rosa Lopez G
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Rachel Juliana Quintero A.

FECHA DE NACIMIENTO: 2- Julio - 23 UDS: Casita Feliz I

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
19-Feb-26	2-7m.	21.5	94.5	21.5	Obesidad	Yuy Perez	No
17/03/26	2A 8M	19.5	94.5	20	obesidad	Remoto	Si
17/04/26	2A 9M	19.5	94.5	20	obesidad	Remoto	Si
06/05/26	2A 10M	19.6	96.4	19	obesidad	Remoto	Si

FIRMA APOYO SALUD: Yuy Perez

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

CONFIDENCIAL

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Peishel Juliana Quintero	Edad	2A 10M
Nº Documento	1123213801	Telf.	3227571087
Lugar	B/Camilo Torres	Fecha	28/05/26
UDS	CDI casita Feliz	Área	Salud y Nut.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento nutricional a participante que tiene Dx obesidad.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se dialoga con acudiente (madre) de participante a quien se informa que no presenta evolución favorable con respecto al último control realizado, que según plataforma cuentame de ICBF presenta Dx: obesidad; acudiente refiere que asistió a consulta con pediatría el 20 de mayo con reportes de laboratorio y ecografía de abdomen, solicito control en 2 meses y tiene pendiente Vx Endocrinologia pediátrica, refiere no desea tramitar dicha cita por motivos laborales, no cuenta con red familiar, familiar cercano no se encuentra en buenas condiciones de salud.

OBSERVACIONES

Acudiente receptiva a infoamación de vidadas y recomendaciones brindadas. A nutricion asistió 27/04/26 próximo control en 2 meses.

COMPROMISOS

Acudiente se compromete a gestionar autorizaciones y citas de control de manera oportuna. Desde salud y nutrición el compromiso es continuar seguimiento y apoyar en trámites de citas de ser necesario.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Leonela Aguinda
FIRMA	LEONELA AGUINDA
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	ROCIO LOPEZ G
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Sanji David Gallego Tejada

FECHA DE NACIMIENTO: 15-11-22 **UDS:** *Casita Feliz I*

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10-2-26	3-8m.	13	96	15	Riesgo de Desnutricion	Yury Perez	Si
11-03-26	3A 9M	13	96.5	14	Riesgo de DNT agud	Rosio L	Si°
26-03-26	3A 10M	12.8	96.7	14	Riesgo de DNT agud	Rosio L	Si°
10-04-26	3A 10M	12.8	96.7	14	Riesgo de DNT agud	Rosio L	Si°
25/04/26	3A 11M	12.8	97	14	Riesgo de DNT agud	Rosio L	Si°
08/05/26	3A 11M	12.5	97.3	14	Riesgo de DNT agud	Rosio L	Si°
20/05/26	3A 11M	12.8	97.5	14	Riesgo de DNT agud	Rosio L	Si°

FIRMA APOYO SALUD: Yury Perez

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Sanj. David Gallego J.	Edad	3A 7T M
Nº Documento	1030083888	Telf.	3185929145
Lugar	CDI casita feliz	Fecha	19/05/2026
UDS	CDI casita feliz	Área	Salud y Nut.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento nutricional a participante que presenta Dx: Riesgo de DNT aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se dialoga con acudiente de participante (abuela paterna) a quien se le informa que ha presentado evolución desfavorable en cuanto al peso, con relación al último control se evidencia que bajo 300gr lo que nos reporta en la plataforma cuentame que continua con Dx Riesgo de DNT aguda; acudiante refiere que estuvo enfermo, tenia gripa, malestar general, fue atendido por el servicio de urgencias, le ordenaron Hto pero que no presento mejoria, asistió a consulta con pediatria el 17/05/26 y por orden de especialista fue remitido a urgencias, le realizaron lab. y con Hto se dió egreso.

OBSERVACIONES

Acudiente refiere que no ha podido asistir a odontologia por motivos de salud. Acudiente aporta infamación limitada respecto al caso e se evidencia desconocimiento frente a algunos procesos y trámites relacionados a citas y consultas.

COMPROMISOS

Acudiente se compromete a tramitar cita de control con odontologia y a controles medicos. HC de Vr pediatria se solicitó desde el area de salud y notificion al H. local pto ASIS, fue enviada el 27/05/26, no se observa solicitud de control o derivacion a otra especialidad.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	x Gloria Miriam montoya
FIRMA	x Gloria Miriam M
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Karo Lopez G
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Shaira Dayana Benavides C.

FECHA DE NACIMIENTO: 3 enero - 24 **UDS:** *Casita Feliz I*

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10.2-26	2-1 m	10,2	83.9	14.	Peso adecuado	Yuli Perez	No
05/05/26	2A 4M	10.5	85	12.5	Peso adecuado para T.	Rocío L	NO
25/05/26	2A 4M	10.5	85.5	12.5	Riesgo DNT agudo	Rocío L	Si

FIRMA APOYO SALUD: Yuli Perez

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Shaira Dayana Benavides	Edad	2A 4M
Nº Documento	1123214284	Telf.	3134245729
Lugar	Bl Luis Carlos Galan	Fecha	27/05/26
UDS	CDI Casita Feliz	Área	Salud y Nut.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento nutricional a participante con Dx Riesgo de DNT aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante visita se da a conocer a madre de participante el objetivo de realizar control de toma de medidas antropométricas, y que participante en el control realizado el 20/05/25 peso: 10.5 Kg Talla: 85.5 PB: 12.5cm, y que según la plataforma cuéntame de ICBF presenta Dx de riesgo de DNT aguda; se indaga antecedentes e informa que la niña nació a las 32.5 semanas, peso al nacer 1997gr Talla: 43cm, que ha estado con gripa, vómito y diarrea, fue atendida por MIG, con tratamiento evoluciono favorablemente. Se educa en la importancia de administrar dieta rica en frutas, verduras, proteínas, alimentos con bienestarina.

OBSERVACIONES

Madre receptiva ante recomendaciones dadas, se cuenta en cuanto a signos de alarma, tiempos de comida, importancia de asistir oportunamente a controles.

COMPROMISOS

Madre se compromete a enviar IVC nutrición y pediatría. Desde el componente de salud y nutricion continuar con seguimiento nutricional

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	X Mireya Castillo
FIRMA	X Mireya Castillo
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Rosio López G
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Angel Charlot Caicedo Alvarado

FECHA DE NACIMIENTO: 17/10/2022 UDS: _CDI SANTO ANGEL

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10/02/2026	3-3	11.6	90.5	15.8	Riesgo dnt Aguda	Amparo	SÍ
25/02/2026	3-4	11.6	90.62	15.8	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
16/03/2026	3-4	11.6	90.70	15.8	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
25/03/2026	3-5	11.65	90.70	15.8	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
8/04/2026	3-5	11.65	90.70	15.8	Riesgo dnt A	Amparo	Si
23/04/2026	3-6	11.65	90.80	15.8	Riesgo dnt A	Amparo	Si
5/05/2026	3-6	11.8	91.0	15.8	Riesgo dnt A	Amparo	Si
19/05/2026	3-7	11.85	91	15.8	Peso Adecuado	Amparo	NO

Amparo Benavides López

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Jaconi Yasmani Marin D

FECHA DE NACIMIENTO: 27/01/2025 **UDS:** _CDI SANTO ANGEL

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10/02/2026	1-0	9.8	75.8	13.7	Peso Adecuado	Amparo	NO
5/05/2026	1-3	9.1	77	13.7	Riesgo Dnt Aguda	Amparo	Si
20/05/2026	1-3	9.1	77	13.7	Riesgo Dnt Aguda	Amparo	Si

Amparo Benavides López

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Ezequiel José Navas

FECHA DE NACIMIENTO: 5/03/2025 UDS: _CDI SANTO ANGEL

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10/03/26	1 - 0	7.2	69.6	13,6	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
18/03/26	1 - 0	7.25	69.8	13,6	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
24/03/26	1 - 0	7.3	69.8	13.6	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
5/04/26	1 - 1	7.4	70.2	13.6.	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
5/05/26	1 - 2	7.6	71.0	13.7	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
20/05/26	1 - 2	7.9	71.0	13,7	Riesgo dnt A	Amparo	Si

Amparo Benavides López

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Alex David Cruz Lopez

FECHA DE NACIMIENTO: 30/03/2025 UDS: _CDI SANTO ANGEL

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10/02/2026	10 M	7.2	69	13.2	Peso Adecuado	Amparo	NO
5/05/2026	1 - 1	7.1	67,8	13.4	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
20/05/26	1 - 1	7.3	67,9	13,4	Riesgo dnt A	Amparo	Si

Amparo Bravo López

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Evelyn Ariadne Galeano

FECHA DE NACIMIENTO: 4/08/2021 UDS: _CDI SANTO ANGEL

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
10/02/2026	4-6	15.3	107.3	16.3	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
25/02/2026	4-6	15.4	107.4	16.3	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
11/03/2026	4-7	15.4	107.4	16.3	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
25/03/2026	4-7	15.42	107.4	16.3	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
8/04/2026	4-8	15.42	107.4	16.3	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
23/04/2026	4-8	15.6	107.7	16.3	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
4/05/2026	4-8.	15.5	108	16,3	Riesgo dnt Aguda	Amparo	Si
19/05/2026	4-9	15,6	108	16,3	Riesgo dnt A	Amparo	Si

Amparo Bravo Lopez

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Allison Mahanny Sanchez Tuirán.

FECHA DE NACIMIENTO: 20/06/2021 **UDS:** __CDI SANTO ANGEL___

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
11/02/2026	4 - 1	13.2	97.9	16,3	Riesgo dnt Agud.	Ampara	Si
25/02/2026	4 - 2	13.6	97.9	15.3	Rsg Adecuado	Ampara	No
4/05/26	4 - 4	13,4	100.2	15.5	Riesgo dnt Agud	Ampara	Si
19/05/26	4.5	13,5	100.2	15,5	Riesgo dnt A.	Ampara	Si

Amparo Benavides López

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Mariam Celeste Goyaneche Mora.

FECHA DE NACIMIENTO: 13/11/2021 UDS: _CDI SANTO ANGEL

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
11/02/26	4-2	14,8	103,8	15,2	Riesgo dnt Agud	Amparo	Si
26/02/26	4-3	15,2	103,8	15,2	Pes Adecuado	Amparo	NO
4/05/26	4-5	15,3	105,8	15,4	Riesgo dnt A	Amparo	Si
19/05/26	4-6	15.4	105.8	15,4	Riesgo dnt A	Amparo	Si

Amparo Benavides López

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Antonella Cortez Legarda

FECHA DE NACIMIENTO: 13/10/21 **UDS:** __CDI SANTO ANGEL___

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
11/02/26	4-3	14.7	103.3	17.8	Peso Adecuado	Ampro	NO
4/05/26	4-6.	15.1	104,8	17,8	Riesgo dot A	Ampro	Si
19/05/26	4-7	15.4	104.8	17,8	Peso Adecuado	Ampro	NO

Amparo Bermúdez López

FIRMA: _____

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Helen Antonella Jurado J

FECHA DE NACIMIENTO: 27/06/2023 **UDS:** CDI Mi Bello desperto II

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
21/04/26	2A 9M	12.3	93	14.5	peso adecuado para t.	Rosio J.	NO
04/05/26	2A 10M	12.3	94.5	14.5	Riesgo DNT agudo	Rosio J.	SI
19/05/26	2A 11M	12.8	94.5	14.5	peso adecuado para t	Rosio J.	NO

FIRMA APOYO SALUD: Rosio J.

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Hellen Antonella Jurado J.	Edad	2A 7M
Nº Documento	1123213815	Telf.	3208579600
Lugar	Santana	Fecha	26/05/26
UDS	CDI Mi bello desperar II	Área	Salud y Nut

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento nutricional a participante con Dx: Riesgo de DNT aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se informa a la madre de la niña que en los controles de toma de medidas antropométricas y el ingreso de información a la plataforma, cuentame presenta RDNT aguda, se indaga de antecedentes y madre refiere que en ocasiones anteriores ha presentado bajo peso, peso al nacer: 3100 gr Talla: ilsa, no es prematura, no está en control con nutrición ni pediatría; razon por la cual se orienta para tramitar cita con MIG para que remita a nutrición y pediatría de ser necesario, se educa en hábitos saludables.

OBSERVACIONES

Madre se observa receptiva colaboradora y muestra interés en la información brindada.

COMPROMISOS

Asistió a consulta con MIG el 21/05/26, quien remitió a pediatría, madre se compromete a tramitar cita y enviar soporte a CDI. Desde el componente de salud y nutrición continuar seguimiento nutricional y apoyar en el trámite de cita de ser necesario.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Jennifer Tatiana Jansasoi Nijuda
FIRMA	Jennifer Jansasoi
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Rosio Lopez G
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Milan Isat Sanchez Pantoja

FECHA DE NACIMIENTO: 28-oct-24 **UDS:** *Mi Bello Despertar II*

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
09-02-26	1-3 m.	14.5	81.5	18	Obesidad	Yuly P.	Si
10-03-26	1A 4M	14.3	82	18	obesidad	Pedro L	Si
10-04-26	1A 5M	15	83.3	17	Obesidad	Pedro L	Si
04/05/26	1A 6M	14.8	84	17	obesidad	Pedro L	Si

FIRMA: Yuly P

Calle 6 No. 9-74 BARRIO KENNEDY- MOCOA – PUTUMAYO
TELEFONO: 4296786 – 3107860912
CORREO ELECTRONICO: funfraternidad@gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Milan Isak Sanchez	Edad	1A 7M
Nº Documento	1123214951	Telf.	3112041220
Lugar	CDI MBD II	Fecha	26/05/26
UDS	CDI MBD II	Área	Salud y Nut.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento nutricional a participante que presenta Dx: Obesidad.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se ~~dialoga~~ con la madre de participante el quien se da a conocer que participante continua con Dx obesidad, madre refiere que ya fue atendido por nutricion y pediatria, nutricion valorado el 12/03/2026 control en 2M, pediatria 25/03/26 control en 3 meses, se educa en la importancia de continuar con recomendaciones brindadas por nutrición y pediatria.

OBSERVACIONES

Madre se observa interesada en dar cumplimiento a las recomendaciones.

COMPROMISOS

Madre se compromete a tramitar cita de control con nutricion en mayo y pediatria en junio, y enviar soportes a CDI.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Paola Pantoja Cardona.
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yesica Lopez G
FIRMA	

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

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

Powered by CamScanner