ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 83		
Hora: *3:00 PM*		**Fecha:** 17/04/2026
Lugar:	*Visitas Domiciliaria*	
Dependencia que Convoca:	*CorMilDi*	
Proceso:	*Promoción y Prevención Primero Infancia*	
Objetivo:	Visita Domiciliaria caso de la Menor Itzan Mateo Gómez García	

Agenda:

1. Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Itzan Mateo Gómez García
2. Decisiones.

Desarrollo:

1. **Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Itzan Mateo Gómez García**

Como apoyo psicosocial, se realizó visita domiciliaria al usuario Itzan Mateo Gómez García, beneficiario del CDI El Encanto, con el propósito de orientar a la familia frente a la solicitud de ausencia prolongada del servicio debido al desplazamiento temporal de la madre al municipio de Florencia, Caquetá, por motivos relacionados con su estado de gestación. Durante el encuentro, el padre manifestó que la familia requiere ausentarse aproximadamente por dos meses mientras la madre culmina su proceso de embarazo y recuperación. Frente a esta situación, se brindó orientación sobre los lineamientos y procedimientos establecidos para la permanencia en el servicio, aclarando que no es posible garantizar el cupo durante un periodo prolongado de inasistencia. Asimismo, se informó que el usuario deberá ser retirado temporalmente del servicio y quedará en lista de espera, priorizando su posible ingreso nuevamente según disponibilidad de cupos, teniendo en cuenta su antigüedad en la unidad de servicio. Finalmente, se dejó claridad a los padres sobre el proceso y pasos a seguir.

Decisiones.

Se acuerda realizar el retiro temporal del usuario del CDI El Encanto debido a la ausencia prolongada solicitada por la familia, informando a los padres sobre el procedimiento de lista de espera y posible reingreso del niño según disponibilidad de cupo en la unidad de servicio.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Informar oportunamente al CDI sobre el regreso de la familia y posible solicitud de reingreso del menor al servicio.	Padres de familia / Apoyo Psicosocial CDI El Encanto	Abril 2026

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Viviana Garcia	Mamá	CORMIDI	Viviana Garcia
Yeiri Yuliedt Bermeo Bueno	Apoyo Psicosocial	CORMIDI	
Próxima reunión: N/A.	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A.	N/A.	N/A.
Colaborador que elabora el acta:	Yeiri Yuliedt Bermeo Bueno		

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

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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 82		
Hora: *2:00 PM*		**Fecha:** 17/04/2026
Lugar:	*Visitas Domiciliaria*	
Dependencia que Convoca:	*CorMilDi*	
Proceso:	*Promoción y Prevención Primero Infancia*	
Objetivo:	Visita Domiciliaria caso de la Menor Luciana Barrios Botero	

Agenda:

1. Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Luciana Barrios Botero
2. Decisiones.

Desarrollo:

1. **Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Luciana Barrios Botero**

omo apoyo psicosocial, se realizó visita domiciliaria a la usuaria Luciana Barrios Botero, beneficiaria del CDI El Encanto, con el propósito de verificar las condiciones de salud de la niña y conocer las indicaciones médicas relacionadas con la salida anticipada del servicio. Durante el encuentro, la madre manifestó que la menor se encuentra bajo tratamiento médico formulado por el pediatra, motivo por el cual debe ser retirada del CDI aproximadamente a la 1:30 p.m. para el suministro del medicamento y seguimiento del proceso de recuperación. Asimismo, se orientó a la familia sobre la importancia de mantener comunicación constante con la unidad de servicio y presentar las recomendaciones médicas correspondientes, con el fin de garantizar el adecuado bienestar y atención integral de la niña.

2. **Decisiones.**

Se acuerda continuar realizando seguimiento al estado de salud de la niña, manteniendo comunicación permanente entre la familia y el CDI frente a las indicaciones médicas y el tratamiento que recibe la menor, garantizando el bienestar y acompañamiento adecuado durante su proceso de recuperación.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
nformar y presentar al CDI las recomendaciones médicas relacionadas con el tratamiento y horario de atención de la menor.	Madre de familia / Apoyo Psicosocial CDI El Encanto	Abril 2026

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Flor edilce potes plazas.	Hamá		Flor edilce B.P.
Yeiri Y Bermeo Bueno	Coordinadora Apoyo Psicosocial		
Próxima reunión: N/A.	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A.	N/A.	N/A.
Colaborador que elabora el acta:	Yeiri Yuliedt Bermeo Bueno		

COPIA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 81		
Hora: *11:00 AM*		**Fecha:** 16/04/2026
Lugar:	*Visitas Domiciliaria*	
Dependencia que Convoca:	*CorMilDi*	
Proceso:	*Promoción y Prevención Primero Infancia*	
Objetivo:	Visita Domiciliaria caso del Menor Néstor Andrés Poloche Mosquera	

Agenda:

1. Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Néstor Andrés Poloche Mosquera
2. Decisiones.

Desarrollo:

1. **Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Néstor Andrés Poloche Mosquera**

Como apoyo psicosocial, se realizó visita domiciliaria al usuario Néstor Andrés Poloche Mosquera, con el propósito de realizar seguimiento a la situación manifestada por la madre frente a una presunta intolerancia a la lactosa del niño. Durante el encuentro, se dialogó con la acudiente sobre la importancia de contar con soporte médico que evidencie el diagnóstico o condición de salud del menor, teniendo en cuenta que durante reiteradas ocasiones se ha solicitado la entrega de certificado médico, epicrisis o valoración profesional que permita al CDI Aventuras Coloridas, adoptar las medidas alimentarias pertinentes para la adecuada atención del usuario. Asimismo, se le recordó a la madre que, pese a manifestar dicha condición, hasta la fecha no se ha presentado documentación soporte y el niño consume algunos productos lácteos dentro del servicio. Finalmente, la acudiente adquirió el compromiso de hacer entrega del dictamen médico correspondiente en el menor tiempo posible.

2. **Decisiones.**

Se acuerda que la madre de familia realizará la entrega del soporte médico o diagnóstico relacionado con la presunta intolerancia a la lactosa del niño, con el fin de que el CDI pueda implementar las medidas y orientaciones alimentarias correspondientes para la atención adecuada del usuario.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Entregar al CDI copia del diagnóstico, certificado médico o epicrisis relacionada con la intolerancia a la lactosa del menor.	Madre de familia / Apoyo Psicosocial	Abril 2026

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Amanda Lascada. Yeiri Y. Bermeo Bueno	Abogada Coordinadora Apoyo Psicosocial		
Próxima reunión: N/A.	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A.	N/A.	N/A.
Colaborador que elabora el acta:	Yeiri Yuliedt Bermeo Bueno		

PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 80		
Hora: *8:00 AM*		**Fecha:** 16/04/2026
Lugar:	*Visitas Domiciliaria*	
Dependencia que Convoca:	*CorMilDi*	
Proceso:	*Promoción y Prevención Primero Infancia*	
Objetivo:	Visita Domiciliaria caso de la Menor Adhara Gaviria Quizá	

Agenda:

1. Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Adhara Gaviria Quizá
2. Decisiones.

Desarrollo:

1. **Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Adhara Gaviria Quizá**

Como apoyo psicosocial, se realizó visita domiciliaria a la usuaria Adara Gaviria Quiza, beneficiaria del CDI Aventuras Coloridas, con el propósito de verificar las condiciones de salud y las indicaciones médicas relacionadas con la asistencia parcial al servicio. Durante el encuentro, la madre manifestó que la niña ha presentado episodios constantes de enfermedad, motivo por el cual se encuentra en proceso de recuperación y bajo tratamiento médico, razón por la cual asiste únicamente medio tiempo al CDI. Asimismo, se orientó a la familia sobre la importancia de continuar las recomendaciones médicas, garantizar el adecuado cuidado de la salud de la niña y mantener comunicación constante con la unidad de servicio frente a cualquier novedad en su estado de salud.

2. **Decisiones.**

Se acuerda continuar realizando seguimiento al estado de salud de la niña, manteniendo comunicación permanente entre la familia y el CDI frente a las recomendaciones e indicaciones médicas, garantizando el cumplimiento del tratamiento y el adecuado proceso de recuperación de la usuaria.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Dar cumplimiento al tratamiento médico y mantener informado al CDI sobre el estado de salud y proceso de recuperación de la niña.	Madre de familia / Apoyo Psicosocial CDI Aventuras Coloridas	Abril 2026

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Juliana Quiza de Hoyos	Mamá		Juliana Quiza
Yeiri Y. Bermeo	Coordinadora Apoyo Psicosocial		
Próxima reunión: N/A.	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A.	N/A.	N/A.
Colaborador que elabora el acta:	Yeiri Yuliedt Bermeo Bueno		

PUBLICA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 79		
Hora: *8:00 AM*	**Fecha:** 14/04/2026	
Lugar:	*Visitas Domiciliaria*	
Dependencia que Convoca:	*CorMilDi*	
Proceso:	*Promoción y Prevención Primero Infancia*	
Objetivo:	Visita Domiciliaria caso del Menor Luis Thiago Vélez Barrios	

Agenda:

1. Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Luis Thiago Vélez Barrios
2. Decisiones.

Desarrollo:

1. **Desarrollo – Visita Domiciliara Menor Luis Thiago Vélez Barrios**

Como apoyo psicosocial, se realizó visita domiciliaria al menor Luis Thiago Vélez Barrios, usuario del CDI Manitas Creativas, con el propósito de orientar y sensibilizar a la madre frente a la importancia de fortalecer desde el hogar hábitos y pautas de alimentación saludables. Durante el encuentro se dialogó sobre las dificultades presentadas por el menor en el consumo total de los alimentos ofrecidos en la unidad de servicio, identificando que algunos alimentos incluidos en la minuta no han sido previamente ofrecidos en casa. En este sentido, se brindaron recomendaciones y estrategias para estimular de manera gradual la aceptación de nuevos alimentos, promoviendo el acompañamiento familiar y la creación de rutinas que favorezcan una alimentación adecuada y el bienestar integral del niño.

2. **Decisiones.**

- Fortalecer desde el hogar la estimulación y aceptación de nuevos alimentos.
- Realizar seguimiento al proceso de alimentación del menor en el CDI y en casa.
- Mantener acompañamiento y orientación a la familia frente a hábitos alimentarios saludables.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Implementar en casa estrategias para estimular el consumo y aceptación de nuevos alimentos en el menor.	Madre de familia / Apoyo Psicosocial CDI Manitas Creativas	Permanente

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Yirsen Natalia Barrios	Madre	CORMUDI	Natalia Barrios
Yeiri Y. Bermeo B	Coordinadora Apoyo Psicosocial	CORMUDI	
Próxima reunión: N/A.	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A.	N/A.	N/A.
Colaborador que elabora el acta:	Yeiri Yuliedt Bermeo Bueno		

PÚBLICA