CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: Septiembre

Responsable: Apoyo Psicosocial

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Objetivo de la visita	Fecha programada
1	CDI TERNURITAS I	Liam Benjamin Palacios Bravo	Seguimiento por Estado de Salud del Participante.	05 de septiembre de 2026
2	CDI MBD I	Anthony Cortes Nacavera	Fortalecimiento en el estilo de crianza en la dinamica familiar.	22 de septiembre de 2026.
3	CDI MBD II	Emily Sofia Riascos Rodriguez	Sensibilizacion del cumplimiento de las atenciones integrales en la participante.	23 de septiembre de 2026
4	CDI MBD II	Sebastian Alexander Rodriguez Solarte	Orientacion por su vinculacion en la plataforma del SIMAT.	23 de septiembre de 2026
5	CDI TERNURITAS I	Kahilanys Isabel Custodio Teran	Fortalecer la corresponsabilidad con los compromisos adquiridos en el Pacto de Convivencia de la Unidad de Servicio.	24 de septiembre de 2026
6	CDI TERNURITAS I	Mariham Celeste Macias Garcia	Sensibilizacion a la familia de Potenciar el desarrollo de la participante en el entorno familiar.	30 de septiembre de 2026

OBSERVACIONES GENERALES DEL MES: El desarrollo de las visitas se logro en las fechas establecidas acordadas con los padres de familia.

Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.

Elaboró: Leidy Marcela Castro David **Cargo:** Apoyo Psicosocial

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	Liam Benjamin Rubiano B.	**Edad**	2 años 10 meses.
Nº Documento	1.727.214.742	**Telf.**	3222460568
Lugar	Hospital Local.	**Fecha**	05 - Sep - 2026
UDS	CDI Ternuritas I.	**Área**	Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Brindar Acompañamiento y Seguimiento oportuno al Estado de Salud del Participante Liam Benjamin, verificando su evolución y bienestar.

DESARROLLO DE LA VISITA

El día sabado 05 de septiembre, se brinda acompañamiento al Participante en compañía de su mamá, el cual días anteriores, habia presentado un incidente durante el desarrollo de la atención, por lo tanto, la madre a través de manifestaciones groseras presentaba la necesidad de que el participante debia recibir valoración médica. Sin embargo, el día anterior viernes 04 de septiembre fue valorado por medicina general, el cual le enviaron una Radiografia simple y la madre se negó a realizarla. Por lo tanto, se sensibilizaba a la madre. Que el personal de salud evidencian la necesidad que requiere el paciente, por lo tanto envian los examenes necesarios para su identificación.

OBSERVACIONES

Durante el acompañamiento del día viernes, la madre se presentaba alterada con manifestaciones groseras, sin embargo el día sabado su estado de ánimo era mas tranquilo, brindando receptividad hacia las orientaciones del equipo del CDI y del Personal de salud.

COMPROMISOS

Se continuaran comprometidos con la madre en continuar los cortes establecidos por el sistema de salud, acepter los tiempos establecidos en la realización de examenes y la lectura de examenes, donde brindó receptividad. Sin embargo, el participante se evidenciaba tranquilo, activo y participativo.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	MONICA BRAVO
FIRMA	MONICA BRAVO
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Leidy Marcela Castro David.
FIRMA	Leidy M. Castro D.

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

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

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	Anthony Cortes Nacavera	Edad	4 años 7 meses
N° Documento	7.723.212.677	Telf.	3216100375
Lugar	Barrio la Montañita	Fecha	22-09-2026
UDS	Mi Bello Despertar I.	Área	Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Fortalecimiento de estilos de Crianza de normas y límites en la dinámica Familiar.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza visita domiciliaria al Participante Anthony, el cual la visita es atendida por la madre de familia, se indaga acerca del contexto Familiar, el cual refiere la madre que el participante convive con la madre, dos hermanos mayores y un tío, se da a conocer que durante el desarrollo de la atención el participante ha presentado conductas de agresividad y no sigue las normas del aula pedagogica. De esa manera la madre refiere que en casa presenta los mismos comportamiento haciendo acciones de patalestal, por lo tanto, se sensibiliza a la madre de reforzar las normas en casa para todos los integrantes, para mejorar la dinámica Familiar.

OBSERVACIONES

La madre es receptiva y se evidencia preocupada ante la situación presentada con el participante, reconociendo las acciones que debe implementar en casa.

COMPROMISOS

Se recomienda a la madre establecer normas en casa y resaltar su cumplimiento, así mismo, de solicitar cita por medicina general para lograr orientaciones especializadas hacia las conductas del participante.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Marlen Johana Nacavera
FIRMA	Marlen Johana Nacavera
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Leidy Marcela Castro Ruiz.
FIRMA	Leidy M. Castro R.

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

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

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	Emily Sofía Ricaurte R.	Edad	4 años 2 meses
Nº Documento	7.723.212.936	Telf.	3142910763
Lugar	Barrio El Portal.	Fecha	23-09-2026
UDS	Ft. Bello Despertar II	Área	Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Sensibilización de la Importancia del Cumplimiento de las Atenciones Integrales en la Participante.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza visita domiciliaria a la Participante Emily Sofía, la visita es atendida por la madre de familia, el cual refiere que durante la atención de salud en el mes de marzo Fue remitida por Odontopediatría, sin embargo en el Sistema de Salud no Fue cargada la Autorización. De esa manera, ingresó nuevamente por Salud Oral en el mes de Septiembre, donde identificaron que no requería de Atención con Odontopediatría. Por lo tanto, se recomienda a la madre de Cumplir con todas las Atenciones Integrales y de Especialistas para verificar el desarrollo Físico de la participante.

OBSERVACIONES

Durante la visita, la madre refería que presenta Situaciones Familiares que le impiden solicitar citas constantemente en el Sistema de Salud. Por lo tanto, se recomienda en cumplir con las Atenciones de Salud de la niña.

COMPROMISOS

La madre se compromete a seguir las recomendaciones medicas cuando sean sugeridas.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Eliana Rodriguez Cifuentes
FIRMA	Eliana Rodriguez
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Leidy M. Castro David.
FIRMA	Leidy M. Castro D.

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

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

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	Sebastian Alexander R.	Edad	4 años
Nº Documento	1.123.213.043.	Telf.	3219110377
Lugar	Barrio Villas de Santana	Fecha	23-09-2026
UDS	Mi Bello Despertar II.	Área	Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Sensibilización a la familia de la importancia de estar vinculado en una Institución.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza visita domiciliaria al participante Sebastian Alexander Rodriguez, la visita es atendida por la madre de familia, se da a conocer a la madre que el participante se encuentra vinculado en la plataforma del SIMAT, por lo tanto, la madre refiere que el participante estuvo vinculado en el Colegio Compartir Contamiliar por muy pocos días, sin embargo por su traslado laboral al corregimiento de Santana, decidió ingresarlo al Centro de Desarrollo Infantil MB II, donde refirió a la Institución su retiro, el cual en la Institución no habían realizado su retiro de manera formal.

OBSERVACIONES

De esa manera, el participante se encuentra vinculado en el CDI desde el mes de Julio, participando de todas las Experiencias pedagogicas, así mismo la familia ha participado en los encuentros de Formación a Familias.

COMPROMISOS

La madre se compromete en dirigirse a la Institución a solicitar el retiro de manera formal, donde le facilitaron una novedad formal de retiro.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	- Alejandra Solarte.
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Leidy Marcela Castro Ruiz.
FIRMA	Leidy M. Castro R.

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

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

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	Kahilanys Isabel Custodio	Edad	4 años.
Nº Documento	1.123.213.098	Telf.	3133758227.
Lugar	Barrio la Fronteriza	Fecha	24-09-2026
UDS	Fronteriza I.	Área	Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Fortalecer la corresponsabilidad con los compromisos adquiridos en el Pacto de Convivencia de la Unidad de Servicio.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza visita domiciliaria a la participante Kahilanys, la visita es atendida por la madre de familia, se indaga acerca del contexto familiar, el cual refiere la madre, que convive con la madre y la niña, el cual su mayor tiempo lo ocupa en ocupaciones laborales y cuando la participante, sale de la unidad de servicio, su tiempo de dedicación es a la niña. También se resalta que dentro de la unidad se deben cumplir una serie de compromisos como participar de mingas pedagogicas, de Formaciones a familia y de actividades pedagogicas, el cual la madre no participa de estas acciones que son de gran importancia para el cuidado de la Participante.

OBSERVACIONES

La madre se observa receptiva ante las orientaciones dadas por el equipo profesional.

COMPROMISOS

La madre se compromete a fortalecer los compromisos con la Unidad de servicio y a crear espacios de calidad con la participante, para fortalecer los lazos afectivos de madre e hija.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Dubraska Teran
FIRMA	Dubraska T.
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Leidy Marcela Castro D.
FIRMA	Leidy M. Castro D.

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

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

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	Mariam Celeste Macias G.	Edad	1 años 7 meses
Nº Documento	1.727.082.778.	Telf.	3114698439
Lugar	Barrio Simón Bolívar.	Fecha	30-09-2026
UDS	Fernández I.	Área	Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Sensibilización a la Familia de Potenciar el Desarrollo Integral en la Participante desde Casa

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza Visita domiciliaria a la Participante Mariam Celeste, la visita es atendida por la madre de familia, quien refiere que no continua en el servicio, por motivo que en familia están pasando por una situación económica difícil, que le impide transportarse diariamente a la Unidad de Servicio, así mismo que cuenta con el tiempo necesario para garantizarle su cuidado y protección. De esa manera se sensibiliza a la madre de crear experiencias pedagogicas de su Fácil Acceso, para promover el desarrollo integral de la participante.

OBSERVACIONES

Durante la visita se evidencia la vivienda en condiciones limpias y amplias para el desarrollo de la Participante, Así mismo, se sensibiliza a la madre de vincular al programa de Modalidad Propia e Intercultural para garantizar su bienestar.

COMPROMISOS

La madre se compromete a solicitar cupo en la otra modalidad y crear experiencias pedagogicas en casa en conjunto con su familia.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Laura Sofía González Ordoñez
FIRMA	Laura González Ordoñez.
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Leidy Marcela Castro Ruiz.
FIRMA	Leidy M. Castro R.

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

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

CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: SEPTIEMBRE

Responsable: **Apoyo Psicosocial y Salud-Nutrición**

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Objetivo de la visita	Fecha programada
1	CDI SANTO ANGEL	Valery Samantha Luna Chapal	Acompañamiento por retroceso en los primeros pasos de desarrollo	2/09/2026
2	CDI SANTO ANGEL	Violeta Erazo Satizabala	Acompañamiento a hospital por accidente de transito	3/09/2026
3	CDI SANTO ANGEL	Alex David Cruz	Acompañamiento a hospital por gripe aguda y fiebre alta	15/09/2026
4	CDI SANTO ANGEL	Santiago Lopez Pastas	Acompañamiento por conductas agresivas y juego brusco	15/09/2026
5	CDI SANTO ANGEL	Laura Isabel Sepulveda Ruiz	Acompañamiento por presencia de pediculosis para fortalecer habitos de higiene	17/09/2026
6	CDI SANTO ANGEL	Manuel Fernando de Oliveira	Seguimiento por inasistencias a citas odontologicas	17/09/2026
7	CDI SANTO ANGEL	Evelyn Ariadna Galeano	Seguimiento por riesgo en desnutricion	18/09/2026
8	CDI SANTO ANGEL	Maité Valentina Salazar	Seguimiento por riesgo en desnutricion	18/09/2026
9	CDI SANTO ANGEL	Mariam Celeste Goyeneche	Seguimiento por riesgo en desnutricion	18/09/2026
OBSERVACIONES GENERALES DEL MES:				
Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.				

Elaboró: **Equipo interdisciplinario CDI SANTO ÁNGEL** Cargo: _Apoyo Psicosocial-Apoyo Salud

FUNDACIÓN FRATERNIDAD Nit 900135278-5 Calidad, calidez y transparencia	FUNDACION FRATERNIDAD "Servicio Social y Cumplimiento"	VERSION : 001-2025	BIENESTAR FAMILIAR
	ACTA DE VISITA DOMICILIARIA Y/O SEGUIMIENTO	CODIGO: CDI 001	

Nombre de usuario	Valery Samantha Cuca Chapal	**Edad**	1 año - 6 meses.
Nº Documento	1123215267	**Telf.**	3115547118.
Lugar	Altos del Contamiliar.	**Fecha**	02/09/2026
UDS	Santo Angel.	**Área**	Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento y acompañamiento ante cambios observados en su desplazamiento, brindando orientación y observación directa.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realizó visita domiciliaria y diálogo con la madre frente a los cambios recientes en el comportamiento de Valery. La madre refiere que anteriormente caminaba con mayor frecuencia y actualmente presenta menor iniciativa para hacerlo. Manifiesta que en casa recibe atención constante y es consentida por sus hermanos, pudiendo favorecer conductas de dependencia. Refiere además temor reciente hacia los perros, posterior a un episodio en el que un cachorro jugó con ella, la tumbó accidentalmente y ladró cerca, generándole susto. Se orientó sobre evitar la sobreprotección y favorecer experiencias graduales, seguras y positivas frente a los perros. Se recomendó fortalecer progresivamente su autonomía y oportunidades de exploración y desplazamiento. Desde el CDI se continuará reforzando las experiencias pedagógicas relacionadas con animales, seguridad, autonomía.

OBSERVACIONES

Madre atenta, receptiva y dispuesta a implementar las orientaciones brindadas. Se requiere continuar seguimiento al desplazamiento, autonomía y respuesta emocional de la participante.

COMPROMISOS

La familia favorecerá experiencias seguras de exploración y autonomía evitando la sobreprotección. El CDI continuará realizando seguimiento al desarrollo y comportamiento de la participante.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Martha Dalila Chapal Amaya
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Stiven Montoya Zabala Ampar B
FIRMA	Yeison M. Ampar B.

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

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

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	Violeta. Erazo. Satizabal.	Edad	9 años - 7 meses.
Nº Documento	1123212509	Telf.	3107057095.
Lugar	Hospital local.	Fecha	03/09/2026.
UDS	Santo Angel.	Área	Psicosocial y S-N.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento a las condiciones físicas y emocionales de violetta posterior al accidente de tránsito, brindando acompañamiento a la familia.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza visita a la participante en el Hospital local, donde se encontraba recibiendo atención médica posterior al accidente. Durante el encuentro se observó tranquila, emocionalmente estable y con actitud positiva. Se evidenció un raspón leve en la espalda. Según información reabida, la TAC realizada durante la atención médica no presento hallazgos de riesgo asociados al accidente.

Durante la visita se brindó acompañamiento y escucha a la participante y su madre, verificando de manera general sus condiciones posteriores al evento. Se mantuvo comunicación con la familia quien manifestó lo ocurrido o la causa del accidente que fue por un gato quien intervinió en la vía ocasionando la caída en el transporte. Se reforzó la importancia de continuar el proceso médico y reportar cualquier novedad.

OBSERVACIONES

la participante se observó estable, tranquila y receptiva al acompañamiento. Se recomienda continuar seguimiento a su evolución física y emocional.

COMPROMISOS

la familia continuará las recomendaciones medicas e informará novedades al CDI. El equipo interdisciplinario realizará seguimiento a la evolución de la participante.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	x Daniela Satizabal Tafur
FIRMA	x
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Stiven Montoya P. - Ampas Bienestar.
FIRMA	-

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

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

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	Alex David Cruz	Edad	1 año 5 meses.
N° Documento	1123315301	Telf.	3115597039
Lugar	Hospital local	Fecha	15/09/2026
UDS	Santo Angel	Área	Psicología - Salud.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Brindar acompañamiento a la familia frente al estado de salud de Alex, fortaleciendo redes de apoyo, hábitos saludables y pautas de cuidado

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita en el hospital local se dialogó con la madre frente al estado de salud de Alex, quien presenta un cuadro gripal agudo. Se indagó sobre el proceso de atención, tratamiento indicado y seguimiento requerido por el personal de salud. Asimismo, se identificaron las redes de apoyo disponibles para acompañar al bebé durante su recuperación. Se brindaron orientaciones relacionadas con hábitos saludables, higiene, descanso y cumplimiento de las recomendaciones médicas. También se reforzaron pautas de cuidado y crianza afectiva, resaltando la importancia de brindar al bebé un entorno tranquilo, seguro y protector durante su recuperación.

OBSERVACIONES

La madre muestra disposición para atender las recomendaciones y acompañar el proceso de recuperación de Alex.
Se identifican redes de apoyo que pueden contribuir al cuidado y bienestar de Alex.

COMPROMISOS

La madre se compromete a dar continuidad al tratamiento y recomendaciones establecidas por el personal de salud. El equipo del CDI realizará el seguimiento al estado del niño.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	*Brilly Zoreyo Lopez Gomez
FIRMA	*Brilly Lopez
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yerson Stiven Montoya Z. — Ampas B
FIRMA	Ampas B

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

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

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	Santiago Lopez Pastas	Edad	5 años.
N° Documento	1120101601	Telf.	3139379890
Lugar	Buenos Aires	Fecha	17/09/2026
UDS	Santo Angel	Área	Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Brindar orientaciones psicosocial frente a conducta agresiva y el juego brusco. que favorezcan la regulacion emocional, el buen trato y las relaciones respetuosas con sus pares.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se dialogó con la madre frente a las conductas agresiva y el juego brusco que santiago ha presentado con sus compañeros. la madre manifestó que el niño comparte frecuentemente con un hermano mayor, con quien desarrolla juegos de mayor intensidad física, lo que podría ser la causa de su interaccion. Se orientó sobre la importancia de establecer límites claros frente a los juegos bruscos y enseñar formas adecuadas de relacionarse. se brindaron pautas de crianza positiva, comunicacion afectiva y estrategias para favorecer el autocontrol y la expresion adecuada de las emociones. Se recomendó acompañar los espacion de juego y reforzar positivamente las conductas de respeto, empatía y buen trato.

OBSERVACIONES

Se evidencia la necesidad de fortalecer en santiago habilidades de regulacion emocional, autocontrol y resolucion pacifica de conflictos. la madre muestra disposición para implementar las orientaciones brindadas.

COMPROMISOS

la madre se compromete a supervisar los juegos con su hermano y establecer límites frentes a las conductas bruscas.

Se realizará seguimiento a la evolucion de las conducta en el CDI

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	x Angelica P.
FIRMA	x Angelica P.
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Steven Montoya = Amparo Bermudez
FIRMA	Yeison M - Amparo B

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

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

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	Laura Isabel Sepúlveda	Edad	9 años 7 meses
N° Documento	1116925466	Telf.	3133769559.
Lugar	Cartagena	Fecha	17-09-2026
UDS	Santo Angel / HBDI	Área	Psicosocial / D y N.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Orientar a la familia frente a la presencia de pediculosis (piojos) fortaleciendo hábitos de higiene y medidas de cuidado.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se dialogo con la madre sobre la presencia de piojos en Laura y las medidas implementadas en el hogar. La madre manifestó que actualmente permanecen dos hijas de su esposo, quienes comparten tiempo y espacios de juego con Laura y también presentan piojos. Refiere que ha realizado limpieza y cuidados en el cabello de la niña para atender la situación. Se brindaron orientaciones sobre limpieza y cuidados, higiene personal, revisión frecuente del cabello y tratamiento adecuado. Así mismo, se recomendó evitar compartir peines, cepillos, gorras y accesorios personales procurando que las medidas de cuidado sean aplicadas a todos los portadores.

OBSERVACIONES

la madre demuestra disposición y ha implementado acciones de cuidado e higiene frente a la situación identificada.
Se identifica la importancia de fortalecer las medidas preventivas y de cuidado en el entorno familiar compartido.

COMPROMISOS

la madre continuará con las medidas de higiene y tratamiento recomendadas, realizando revisiones periódicas.
Se realizará seguimiento desde el CDI a la evolución de la situación y a las acciones implementadas por la familia.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Yesenia Milena Ruiz Betancur
FIRMA	Sandra Milena Ruiz Betancur
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Steven Montoya G — Ampa 13
FIRMA	Yeison M — Ampa 13

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

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

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	Manuel Fernando de Oliveira	Edad	9 años - 10 meses
Nº Documento	1123212916	Telf.	3182234532
Lugar	Metropolitano	Fecha	17-09-2026
UDS	Santo Angel / HBDI	Área	Psicosocial / S y D.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Orientar ala familia frente ala asistencia a controles odontológicos y fortalecer el acompañamiento familiar para garantizar la atencion en salud de Manuel.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se dialogo con la madre frente alas inasistencias registradas como atrasadas acta odontologica de Manuel. La madre manifestó que el niño fue llevado al servicio de salud debido a un dolor de muela y que dicha atencion fue validada como cita odontológica, sinembargo, refiere que no le han entregado el soporte correspondiente. Se oriento a la madre sobre la importancia de acercarse al centro de salud para solicitar el comprobante de atencion y adarar el registro de la cita. Asi, mismo, se exploran las redes de apoyo disponibles en el hogar para favorecer el acompañamiento del niño a sus controles y garantizar la continuidad de la atencion odontológica.

OBSERVACIONES

La madre manifiesta disposicion para gestionar el soporte de la atencion realizada y dar continuidad a los controles odontologicos.
- Se identificaron redes de apoyo estables

COMPROMISOS

La madre; se compromete a traer el soporte correspondiente al CDI y verificar las próximas citas odontologicas.

Se realizara seguimiento desde el CDI a la asistencia y continuidad de la atencion de salud del niño.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	x Yolimar Saavedra	Yolimar
FIRMA	x Yolimar.	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Steven Montoya ?	Ampis B.
FIRMA	Yeison M	Ampis B.

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

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

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	Mariam Celeste Goyeneche	Edad	4 años - 9 M
N° Documento	1123212421	Telf.	3214648361
Lugar	20 de Julio	Fecha	18/09/2026
UDS	CDI SANTO ANGEL	Área	SyN-Semisocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar Seguimiento nutricional de la niña, fortaleciendo en la familia la importancia de una alimentación Variada, Suficiente y nutritiva para favorecer su Crecimiento y desarrollo

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realizó la visita domiciliaria de Seguimiento nutricional a la niña, quien continua presentando riesgo de desnutrición. Se orientó a la familia sobre la importancia de ofrecer alimentos Variados durante el día, incluyendo frutas, Verduras, cereales, leguminosas y fuentes de Proteínas, de acuerdo con las posibilidades del hogar. Se brindaron recomendaciones Sobre horarios adecuados de alimentación. y la importancia de mantener controles periodicos de Crecimiento y desarrollo

OBSERVACIONES

La niña Continua en riesgo de desnutrición, por lo cual se requiere mantener Seguimiento cada 15 días hasta mejorar estado nutricional.

COMPROMISOS

La familia se Compromete a fortalecer la alimentación de la niña, cumplir con con los Controles de crecimiento y desarrollo y atender las recomendaciones brindadas durante el Seguimiento nutricional.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Alejandra Mora
FIRMA	Alejandra Mora.
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Steven Montoya - Ampro Bienestar
FIRMA	Yeison My - Ampro B.

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

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

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	Evelyn Adara Galeano	Edad	5 años - 1 mes
N° Documento	1120101055	Telf.	3117016532
Lugar	B/ San Martin	Fecha	18/09/2025
UDS	CDI SANTO ANGEL	Área	SyN - Sicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar Seguimiento al estado nutricional de la niña y fortalecer en la familia acciones encaminadas a prevenir el avance del Riesgo de desnutrición.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realizo visita domiciliaria con el fin de hacer seguimiento nutricional a la niña que continua en Riesgo de desnutrición. Se brinda orientación ala familia Sobre la importancia de mantener una alimentación nutritiva Variada y Suficiente. procurando aprovechar los alimentos disponibles en el hogar.
Se recomendo mantener horarios regulares de alimentación, incentivar el consumo de agua, y continuar con los Controles de Salud y Seguimiento nutricional.

OBSERVACIONES

La niña continua presentando Riesgo de desnutrición. La familia acabo las recomendaciones y manifiesta disposición para fortalecer practicas alimentarias.

COMPROMISOS

La familia Se Compromete a mejorar y mantener las practicas alimentarias, realizar Seguimiento nutricional al estado nutricional de la niña, y cumplir con los controles de Crecimiento y desarrollo.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Karen Guerrero
FIRMA	Karen Guerrero
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Steven Montoya - Angela Bermudez
FIRMA	Yeison Mg Angela B.

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	Maite Valentina Salazar.	Edad	4 años - 5 m
N° Documento	1114961885	Telf.	3116864212
Lugar	B1 Jardín	Fecha	18/02/2026
UDS	CDI SANTO ANGEL	Área	S y N - Sicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Dar continuidad al Seguimiento del estado nutricional de la niña y orientar a la familia sobre practicas alimentarias que contribuyen a mejorar su condición nutricional.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita domiciliaria se realizo Seguimiento a la niña. Quien continua presentando riesgo de desnutrición Se dialogo con la familia sobre la importancia de garantizar una alimentación completa y equilibrada, procurando incluir diferentes grupos de alimentos y respetar los horarios establecidos. Tambien se reforzó la importancia de observar cambios en el apetito, peso y estado general de la niña. y acudir oportunamente a los Servicios de Salud cuando sea necesario.

OBSERVACIONES

La niña permanece en riesgo de desnutrición por lo que se recomienda continuar con el acompañamiento familiar y el Seguimiento cada 15 días.

COMPROMISOS

La familia se Compromete a ofrecer una alimentación Variada y frecuente, promover hábitos saludables y asistir a los controles de crecimiento y desarrollo.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Andrea Arteaga
FIRMA	Andrea Arteaga
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Juan Montoya — Amparo Bernardo
FIRMA	— Amparo Bernardo

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

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

CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: septiembre
Responsable:
Brigitte Tatiana
Taquez

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Ojetivo de la visita	Fecha programada
1	CDI CASITA FELIZ	MAXIMILIANO CASANOVA JOVEN	VISITA POR INASISTENCIA	23/09/2026
2	CDI CASITA FELIZ	ERICK MATEO VASQUEZ	VISITA A SOLICITUD DE LA MADRE POR FALTA DE MOTIVACIÓN PARA ASISTIR AL CDI Y SOLICITAR QUE SE	26/09/2026
Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.				

Elaboró: Brigitte Tatiana Taquez Cargo: Apoyo Psicosocial

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	Maximiliano Casanova Joven	**Edad**	3 años
Nº Documento	1.126.461.518	**Telf.**	3152094248
Lugar	B/ Metropolitano	**Fecha**	23/09/2026
UDS	Casita Feliz.	**Área**	A. Psicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Se realiza visita en el domicilio a solicitud de la madre y a su vez solicitar a la madre que debe acercarse al Jardin Infantil Geniecitos a solicitar retiro.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se encontraba presente la madre junto con el participante maximiliano. Se dialogó con la madre sobre la poca motivación que ha manifestado el niño para asistir al CDI y se brindó orientación frente a la importancia de acompañar este proceso de manera afectuosa y progresiva. Se brindó tranquilidad frente al proceso de adaptación, informando que desde el CDI se fortalecerán experiencias pedagógicas lúdicas y significativas que favorezcan su motivación y asistencia. Se le explicó a la madre que debe acercarse al Jardin Infantil Geniecitos para realizar el retiro formal del niño, debido a que está en simat.

OBSERVACIONES

Se observa al participante aparentemente en buenas condiciones generales. se evidencia dificultad para atender algunas indicaciones y necesidad de continuar fortaleciendo normas y limites acordes con su edad.

COMPROMISOS

Realizar el retiro formal de maximiliano del Jardin Infantil Geniecitos y entregar el respectivo soporte al CDI. Continuar acompañando al niño con afecto, normas y limites claros, y motivarlo progresivamente para asistir al CDI.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Maximiliano Joven G/M
FIRMA	Maximiliano J. G/M
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Brigitte Tatiana Taquez M.
FIRMA	Tatiana M.

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

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

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	Erick Matheo Vasquez I.	**Edad**	4 años 8 meses.
Nº Documento	1.123.212.541	**Telf.**	3133763336.
Lugar	B/ El Prado	**Fecha**	26/09/2026
UDS	CDI Casita Feliz.	**Área**	A. Psicosocial.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Visita en el domicilio por inasistencia al CDI, posterior a presentar quebranto de salud y verificar sus condiciones actuales de salud y bienestar para su reintegro.

DESARROLLO DE LA VISITA

El dia lunes 21 de sept. el participante presentó vómito y rechazo de alimentos durante la mañana, por lo que la agente educativa realizó llamada al acudiente para retiro del CDI. Al dia siguiente no asistió. la agente educativa informa al equipo interdisciplinario que el martes en la mañana el niño habia ingresado por urgencias en el Hospital Local de puerto Asis, acompañado por su madre. Durante la visita, el niño se encuentra en compañia de su madre en condiciones adecuadas de cuidado e higiene. se dialoga con la madre sobre el estado actual de salud del niño, evolucion del cuadro, manejo médico recibido y medicamentos suministrados.

OBSERVACIONES

Se verifica que el niño se encuentra en proceso de recuperación, con mejoria en su estado general, hidratado, activo y sin signos de alarma al momento de la visita.

COMPROMISOS

la madre refiere haber seguido las recomendaciones médicas y haber cumplido con el reposo en casa. se brinda orientación Psicosocial sobre la importancia de culminar el tratamiento médico, signos de alarma para consultar por urgencias, lavado de manos, alimentación saludable y demás.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Lorena Fernanda Imbú Pantoja.
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Brgitte Tahana Taquez M.
FIRMA	Tahana M.

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

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

CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI VILLA ROSA Y MBD III
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: Septiembre

Responsable: **Apoyo psicosocial**

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Ojetivo de la visita	Fecha programada
1	Villa Rosa	Sebastian Morales Ortega	Inasistencia, condiciones de salud y transito armonico	4/09/2026
2	Villa Rosa	Sharit Ariana Alvarado T.	Inasistencia e incumplimiento a consulta de odontologia.	9/09/2026
3	Villa Rosa	Lia Samara Noguera Bastidas	Inasistencia	11/09/2026
4	Mi bello despertar III	Axel Darel Nandar Pino	Seguimiento por comportamiento	15/09/2026
5	Villa Rosa	Alvany Sophia Castro Perez	Comportamiento inadecuado en CDI	24/09/2026
6				
7				
8				
9				
10				
11				

OBSERVACIONES GENERALES DEL MES:

Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.

Elaborói: Rosío López Guerrero

Cargo: Apoyo Psicosocial

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	Axel Daniel Nandar Pino	Edad	4A 6M
N° Documento	1122735437	Telf.	3219738944
Lugar	V1 Carmelita	Fecha	15/09/2026
UDS	CDI MBO III	Área	Apoyo Psicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento a participante por presentar conductas inadecuadas dentro del CDI.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se dialoga con el padre del participante, quien manifiesta que se observa mejoría en cuanto al comportamiento de Axel, además, refiere que se esta implementando las normas sugeridas en la visita anterior. De igual forma, refiere que asistió a consulta con psicología el 26 de agosto, cita tramitada por apoyo psicosocial. Se orienta en la importancia de continuar estableciendo normas y limites en el hogar y con todos los integrantes que conviven.

OBSERVACIONES

Padre receptivo a la información brindada y muestra interés para implementar orientaciones brindadas.

COMPROMISOS

Padre se compromete a continuar controles con profesionales de la salud e informar al CDI y llevar soportes. Desde el componente psicosocial continuar seguimiento.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	X Javier Nandar
FIRMA	x Javier Nandar
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.

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	Sebastian Morales Ortega	**Edad**	5A 3M
Nº Documento	1123212069	**Telf.**	3143465686
Lugar	B/ los lagos	**Fecha**	04/09/2026
UDS	CDI Villa Rosa	**Área**	Apoyo Psicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento a condiciones de salud a participante con discapacidad y brindar orientación a la familia frente al proceso de Transito armónico.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita domiciliaria a participante y su familia se manifesto que el propósito es conocer el estado de salud de Sebastian, para lo que la madre manifiesta que ya fue atendido por MIG, esta con tratamiento y se encuentra en mejores condiciones de salud, por lo cual el 13/09/26 ya asistió al CDI. De igual manera, se orienta sobre el proceso de Transito armónico hacia la educación formal en la I.E Ciudad de Asís que cuenta con la educacion para niños con discapacidad y cuentan con el talento humano capacitado para educación inclusiva.

OBSERVACIONES

Madre de participante receptiva a las orientaciones brindadas.

COMPROMISOS

1. Madre refiere que participará en el proceso de Transito armónico.
2. Seguir y cumplir ordenes médicas.
3. Apoyo psicosocial brindar acompañamiento a la familia durante el proceso de transición.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Nini Eliana Ortega Rvales
FIRMA	Eliana Ortega
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.

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	Sharit Ariana Alvarado T.	Edad	4A 7M
Nº Documento	1120101680	Telf.	3208281594
Lugar	Bl obrero I	Fecha	09/09/2026
UDS	CDI Villa Rosa	Área	Apoyo Psicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar visita de acercamiento y acompañamiento a la participante, con el propósito de conocer las razones de inasistencia y el incumplimiento en cita de control odontológica.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante diálogo con acudiente (abuela materna) de participante manifiesta que no ha asistido al CDI por motivos de salud, tiene gripa, y que no ha sido valorada por profesionales de la salud; razon por la cual se recomienda tramitar cita con médico general y no automedicar. Además manifiesta que no ha sido llevada a consulta con odontología porque no hay disponibilidad de citas. Se orienta sobre la importancia de la asistencia regular al CDI para favorecer la continuidad ~~de~~ sus experiencias pedagógicas e interaccion con sus pares. Se sensibiliza en la importancia de controles odontologicos.

OBSERVACIONES

Se evidencia disposicion y recepcion de acudiente para recibir orientaciones brindadas.

COMPROMISOS

El compromiso de Apoyo psicosocial es realizar articulación con el componente de salud para trámite de citas. Acudiente se compromete a asistir oportunamente a citas y llevar soportes a CDI. Cita con MIG fue asignada para el 09/09/2026 3:30pm H. local.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Carmen Teresa Catano
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Rosita 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.

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	Jia Samara Nogueira B	Edad	4 A
Nº Documento	1123212990	Telf.	
Lugar	B/ El Carmen	Fecha	17/09/2026.
UDS	CDI Villa Rosa	Área	Apoyo Psicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar seguimiento a inasistencia de la participante al CDI.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza visita domiciliaria a la familia de la participante y participante porque agente educativa informa inasistencia. La visita es atendida por la madre de la niña quien manifiesta que su inasistencia al CDI se debe a una situación familiar que involucra a la madre y al abuelo, la madre de la participante actualmente se encuentra adelantando un proceso ante la fiscalia. La madre manifiesta que actualmente existe una medida de peteccion que establece restricciones de acercamiento del abuelo hacia la participante.

OBSERVACIONES

Se brinda escucha y orientaciones a la familia, resaltando la importancia de informar oportunamente al CDI sobre situaciones que puedan afectar la asistencia de la participante. Madre receptiva ante orientaciones brindadas.

COMPROMISOS

La madre se compromete a informar al CDI sobre cualquier novedad que pueda afectar la asistencia de la participante. Reincorporar a la participante al CDI una vez las condiciones familiares lo permitan. El CDI realizará seguimiento a la asistencia.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	X Alexandra Nogueira.
FIRMA	X Alexandra Nogueira
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Rosilo 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.

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	Alvany Sophia Castro Perez	Edad	4A 7M
N° Documento	1182736623	Telf.	3138207634
Lugar	Bl San Nicolas	Fecha	24/09/2026
UDS	CDI Villa Rosa	Área	Apoyo Psicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Propiciar un espacio de diálogo con familia de participante para abordar el tema de comportamiento inadecuado en el CDI.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se socializó con la madre de la niña las conductas manifestadas por la agente educativa, madre refiere que la niña presenta un comportamiento "alterada, se molesta si no consigue lo que quiere". Se brinda el espacio para escuchar las apreciaciones. Asi mismo, se resalta la importancia de comprender las conductas como una forma de comunicación de la niña. Se orienta en la importancia de establecer normas en el hogar, la importancia del sueño, compartir en familia, y el acompañamiento de forma permanente.

OBSERVACIONES

Madre se muestra receptiva ante las orientaciones brindadas. El hogar esta compuesto por madre, padre y hermano.

COMPROMISOS

La madre se compromete a establecer normas y limites claros y afectuosos. Fortaleceran las pautas de crianza basadas en el respeto y el dialogo. Desde el CDI se continuará el seguimiento y acompañamiento.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	X Barbara Perez
FIRMA	X Barbara P.
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Beatriz 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.

CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: septiembre
Responsable:
Brigitte

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Ojetivo de la visita	Fecha programada
1	CDI TERNURITAS II	AOME TINOCO QUINTERO	SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL A LAS CONDICIONES DE CUIDADO Y ENTORNO FAMILIAR, VERIFICAR CONDICIONES HABITACIONALES, PAUTAS DE CRIANZA Y FACTORES PROTECTORES	16/09/2026

OBSERVACIONES GENERALES DEL MES:

Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.

Elaboró: Brigitte Tatiana Taquez Cargo: Apoyo Psicosocial

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	Aome Tinoco Quintero	**Edad**	4 años 1 mes
Nº Documento	1.112.502.486	**Telf.**	3186561468
Lugar	B/ La Floresta	**Fecha**	16/09/2026
UDS	CDI Ternuritas II	**Área**	A. Psicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento psicosocial a las condiciones de cuidado y entorno Familiar de la niña Aome, quien se encuentra bajo custodia provisional de su tia paterna. Verificar condiciones habitacionales, pautas de crianza y Factores protectores

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza visita en el domicilio en el barrio La Floresta, previamente consertada con la tía Sandra. El hogar está conFormado por la tia paterna, su esposo y Aome, conviven con 7 perros. se evidencia habitación propia para la niña con juguetes y cama tendida. Patio con escaleras protegido por reja que la niña no alcanza a abrir, Factor protector. la tia refiere custodia desde hace aproxi. 1 año gestionada con apoyo psicosocial del 2025. InForma que la madre biológica consume sustancias y que no alimentaba adecuadamente a su hija. Se destaca compromiso de la tia, trabaja en Alcaldia de Pto Asis, lleva a la niña al CDI 7:45 am y la recoge a las 3:45 Pm, luego la lleva a tecni-tareas hasta las 6:00 Pm cuando sale del trabajo.

OBSERVACIONES

Se observa entorno protector, con condiciones de higiene y seguridad adecuadas, vinculo aFectivo seguro con su tia. La niña cuenta con espacio propio y elementos acorde a su edad. se observa interés de la cuidadora en mejorar y garantizar una infancia Feliz

COMPROMISOS

Continuar con pautas de crianza amorosa Sin Castigo Fisico, mantener asistencia puntual al CDI y Formación a Familias, informar oportunamente cualquier contacto de la madre biológica, Fortalecer hábitos de orden en habitación. Continuar brindando un entorno seguro y protector a su sobrina Aome.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Sandra Yohana Goyes G.
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Brigitte Tatiana Taquez M.
FIRMA	Tatiana M.

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

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

CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: SEPTIEMBRE
Responsable: **MARCELA BURBANO**

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Ojetivo de la visita	Fecha programada
1	Ternuritas I	Saray Yarely Quenguan	Seguimiento atencion de odontologia	15/09/2026
2	MBD I	Briyith Cristina Narvaez Muñoz	Seguimiento por Dx de Riesgo de Dnt	16/09/2026
3	Ternuritas I	Juan Diego Rosero Suaza	Seguimiento atenciones en salud por Dx de Sindrome de Down	24/09/2026
4	Ternuritas I	Lian Benjamin Palacios	Acompañamiento por reporte de Accidente	5/09/2026
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

OBSERVACIONES GENERALES DEL MES:

Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.

Elaborói: Marcela Burbano P. Cargo:Nutricionista

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	Brigitth Cristina Navarro Muñoz	Edad	3a-1m
Nº Documento	1.123213919	Telf.	
Lugar	D/Montanita	Fecha	16/9/2025
UDS	HBO L	Área	Salud

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento por Dx Riesgo de Desnutricion y atenciones en salud

DESARROLLO DE LA VISITA

Teniendo en cuenta el dx de la participante se realiza seguimiento a la atencion en salud por Nutricionista la cual aun no ha sido atendida se contempla programacion de cita para el 31 de Agosto la cual perdió, se realiza sensibilizacion a la importancia de acudir oportunamente a las citas y cumplir adherencia teniendo en cuenta su antecedente.
Madre informa que se reprogramo para el 22 de septiembre y muestra bucher de cita. Se indaga por su estado de salud en donde madre niega de síntomas de vomito recientes, diarrea o malestar general.
Se recalca la importancia de Acudir a la cita y seguir las recomendaciones dadas.

OBSERVACIONES

Se informa que a la fecha ha tenido un aumento favorable de peso de 9.9kg a 10.2kg.

COMPROMISOS

- Acudir a la cita el 22 de septiembre
- Reportar cualquier novedad presentada con relacion a la participante

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Adelayda Muñoz
FIRMA	Adelayda
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Nayeca Bubano P
FIRMA	Nayeca Bubano 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

NIT 900-135.278-5

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Brayith Cristina Narvaez

FECHA DE NACIMIENTO: 15/8/2023. **UDS:** HBD1 – Pre Jardin

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
19/8/2026	3a-0m	9.9kg	85.6cm	13cm	Riesgo de desnutrición	Marcela Bubano	Si
2/9/2026	3a-0m	9.9kg	85.6cm	13cm	Riesgo de desnutricion	Maria Bubano	Si
16/9/2026	3a-1m	10.2 kg	85.7cm	13cm	Riesgo de desnutrición	Marcela Bubano	Si
29/9/2026	3a-1m	10.2 kg	85.7cm	13cm	Riesgo de desnutricion	Maria Bubano	Si

FIRMA: Marcela Bubano

CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: SEPTIEMBRE

Responsable: **ANGGIE NATHALY DELGADO ACOSTA**

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Ojetivo de la visita	Fecha programada
1	CDI VILLAROSA	THIAGO VALENCIA RUALES	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	14/09/2026
2	CDI VILLAROSA	JUAN DAVID AVENDAÑO SAPUY	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	14/09/2026
3	CDI MI BELLO DESPERTAR III	LISBETH TALIA DURÁN ORJUELA	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	15/09/2026
4	CDI MI BELLO DESPERTAR III	NIKOL TORLENY NASTACUAZ TAICUZ	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	15/09/2026
5	CDI VILLAROSA	DEIBY SANTIAGO ROJAS DELGADO	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD	16/09/2026
6	CDI VILLAROSA	DANIEL CARRASQUILLA BRAVO	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	16/09/2026
7				
8				
9				
10				
11				
12				

OBSERVACIONES GENERALES DEL MES:

Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.

Elaboróí: _____

Cargo: __NUTRICIONISTA DIETISTA_____

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	Nikol Yorleny Maldonado T.	Edad	5 Años
Nº Documento	1182713613	Telf.	3133196904.
Lugar	Vereda la Carmelita.	Fecha	13/09/2026.
UDS	CDI Mi Bello Despertar II.	Área	Salud y Nutricion.

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento nutricional a participante con Dx de Riesgo de Desnutricion Aguda

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realizo visita domiciliaria de seguimiento nutricional a la participante en compañia de su madre, donde se indaga sobre el estado de salud de la participante durante los ultimos dias, donde refiere adecuadas condiciones de salud y se mantiene el apetito habitual, esta manejando Horarios de alimentacion. por tanto se Brinda Orientacion sobre la Importancia de la Actividad Fisica en la rutina diaria, a traves de dinamicas, Juegos, Bondas Impartiles al menos 30 minutos diarios. bajo acompañamiento familiar. teniendo en cuenta su importancia en el mantenimiento del peso, desarrollo musculoesqueletico.

OBSERVACIONES

La participante continua. seguimiento periodico con pediatria y nutricion mediante EPS.

COMPROMISOS

La madre de la participante se compromete a seguir las indicaciones y Recomendaciones. suministradas, asi como. Continuar asistiendo oportunamente a las. Valoraciones y atenciones en salud Correspondientes.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Ayda Janeth Tejeda
FIRMA	Ayda Janeth Tejeda
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: Nicol Yorleny Nastacuas Taicuz

FECHA DE NACIMIENTO: 29/08/2021 **UDS:** _____**CDI MI BELLO DESPERTAR III**_____

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL (CM)	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
06/08/2026	4A - 11m	13.7	103.7	15	Riesgo DNT Aguda.	Nathaly D	Si
20/08/2026	4A - 11m	13.8	103.7	15	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D.	Si
04/09/2026	5 Años.	14.3	104	15	Riesgo para la delgadez	Nathaly D	Si
18/09/2026	5 Años	14.5	104	15	Riesgo Para la Delgadez	Nathaly D	Si
28/09/2026	5A - 1m	14.5	104.1	15.	Riesgo Para la Delgadez	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	Juan David Avendaño Sapuy.	Edad	4 Años. 4 m.
N° Documento	1182713679	Telf.	3138951043.
Lugar	B/ las lagos.	Fecha	14/09/2026.
UDS	CDI Villa Rosa.	Área	Salud y Nutrición

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento nutricional a participante con Dx de Riesgo de desnutrición aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realizo Seguimiento nutricional al participante en compañía de su madre. donde se indica el motivo de la visita. por dx de Riesgo de Desnutrición aguda, se indaga sobre la salud del participante. la madre del participante refiere adecuados condiciones de salud, en cuanto al apetito se mantiene el habitual, refiere implementar y seguir horarios de comidas y suministro del AALN en las preparaciones de consumo diario, se Brindan Orientaciones sobre Hábitos y estilos de vida saludable. destacando. realizar actividad Física diariamente bajo compañía Familiar a través

OBSERVACIONES

El participante se encuentra en seguimiento mediante eps con nutrición y pediatra.

COMPROMISOS

La madre del participante. se compromete a seguir las Indicaciones y Recomendaciones suministradas en pro del mejoramiento del estado nutricional del participante. Además de continuar acudiendo oportunamente a las valoraciones y atenciones en salud segun corresponda al ciclo de edad y necesidades.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Sonia Sapuy.
FIRMA	Sonia Sapuy.
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: Juan David Avendaño Sopiy

FECHA DE NACIMIENTO: 13/05/2022 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
03/08/2026	4A-2m	12	93.6	15	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si
18/08/2026	4A-3m	12.1	93.6	15	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si
01/09/2026	4A-3m	12.4	93.8	15	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si
14/09/2026	4A-4m	12.5	94.1	15	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si
28/09/2026	4A-4m	12.5	94.3	15	Riesgo DNT Aguda	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	Daniel Barrasquilla Bravo.	Edad	5 Años - 1m.
Nº Documento	1040523158.	Telf.	3104767789
Lugar	B/ San Martin.	Fecha	16/01/2026.
UDS	CDI Villa Rosa.	Área	Salud y Nutrición

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento a participante con Dx de Riesgo de DNT Aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza visita de seguimiento al participante en compañia de su acudiente donde se indaga sobre la salud y alimentación del participante donde refiere que se ha mantenido bien de salud, en cuanto al apetito, se mantiene el habitual, "tiene buen comer", por tanto, tambien refiere que se mantiene el consumo de FRUTAS y verduras en casa. se orienta sobre la importancia de los hábitos y estilos de vida saludables. tales como mantener una adecuada, suficiente y saludable alimentación, habitos de sueño (nocturno/descanso Reparador), consumo de agua potable, y realización de actividad FISICA. mediante el juego y en compañia familiar

OBSERVACIONES

Se encuentra en tramite con la EPS. autorización para valoración y seguimiento nutricional debido a que el usuario cuenta con portabilidad.

COMPROMISOS

La acudiente se compromete a seguir las Indicaciones y Recomendaciones suministradas en pro del mejoramiento del estado nutricional del participante, asi como continuar acudiendo oportunamente a las valoraciones y atenciones en salud del participante. de acuerdo a la edad y necesidades.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Juliana Padilla.
FIRMA	Juliana Padilla.
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: 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
03/08/2026	4 A - 11m	13.3	97.3	15.4	Riesgo DNT Aguda.	Nathaly D.	Si
18/08/2026	4A - 11m	13.3	97.3	15.4	Riesgo DNT Aguda.	Nathaly D.	Si
01/09/2026	5 AÑOS	13.4	97.5	15.4	Adecuado para la edad	Nathaly D	Si
14/09/2026	5 años.	13.4	97.7.	15.4	Adecuado para la edad	Nathaly D	Si
28/09/2026	5 años 1m	13.5	98	15.4	Riesgo Para la delgadez	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	Thiago Valencia Ruales.	Edad	3A - 11m
Nº Documento	1123213107.	Telf.	3136189549.
Lugar	B/ San Fernando	Fecha	14/09/2026.
UDS	CDI Villa Rosa.	Área	Salud y Nutrición

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Seguimiento nutricional a participante con Dx de Riesgo de Desnutrición aguda.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza seguimiento nutricional al participante en compañía de su madre, donde se informa que se continua seguimiento nutricional debido al diagnostico de Riesgo de Desnutrición aguda, se indaga sobre el estado de salud. La madre refiere que durante los últimos dias se ha encontrado en adecuados condiciones de salud, mantiene su apetito habitual, se han mejorado los horarios de consumo de los alimentos, aumento del consumo de frutas y verduras. Inclusión del AAUN en las preparaciones de consumo diario, asi como suministro de complemento nutricional (presentación en polvo para reconstitución.)

OBSERVACIONES

El participante cuenta con seguimiento periodico mediante EPS con nutrición (Próxima cita 15/09/2026) y pediatra.

COMPROMISOS

La madre del participante se compromete a seguir las Indicaciones y Recomendaciones suministradas, como tambien continuar acudiendo oportunamente a las labraciones y atenciones en salud segun corresponda, y suministro adecuado de complemento nutricional diariamente

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Angie Ruales.
FIRMA	Angie Ruales
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: Thiago Valencia Rodes.

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
03/08/2026	3A - 9m	12.73	94	14.5	Riesgo de DNT Aguda	Nathaly D	Si
18/08/2026	3A - 10m	12.75	94.	14.5	Riesgo de DNT Aguda.	Nathaly D	Si
01/09/2026	3A - 10m	12.6	94.5	14.5	Riesgo de DNT Aguda	Nathaly D	Si
14/09/2026	3A - 11m	12.6	94.8	14.5	Resgo DNT Aguda	Nathaly D	Si
28/09/2026	3A - 11m	12.9	95	14.5	Riesgo DNT Aguda	Nathaly D	Si

FIRMA: _____

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

CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: **SEPTIEMBRE**
Responsable: **YURY PEREZ**

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Ojetivo de la visita	Fecha programada
1	CASITA FELIZ	JULIETH ARIADNA ALVAREZ DELGADO	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA	29/09/2026
2	CASITA FELIZ	SANJI DEAVID GALLEGO JOJOA	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA	21/09/2026
3	CASITA FELIZ	ERICK MATHEO VASQUEZ IMBU	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR OBESIDAD	26/09/2026
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

OBSERVACIONES GENERALES DEL MES:

Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.

Elaboró: **YURY PEREZ CARDENAS** Cargo: **APOYO EN SALUD Y NUTRICION**

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	Erick Mateo Vazquez	**Edad**	4 años - 8 meses
Nº Documento	1123212841	**Telf.**	313 376 7336
Lugar	B/ El Prado	**Fecha**	26-Septiembre-26
UDS	Pregardin	**Área**	Salud y Nutricion

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar Seguimiento nutricional al participante. por Dx de Obesidad

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realiza Seguimiento Nutricional al Participante. Erick Mateo dando a conocer a la madre. su diagnostico actual. brindando con ello recomendaciones nutricionales. la madre manifiesta que durante la semana el niño estuvo hospitalizado por motivo de una tos y Fiebre. y que en la mañana le dieron salida, el participante se encuentra actualmente en buenas condiciones y ha presentado una evolucion Favorable. Durante. la visita se observa al participante activo comendo y jugando realizando sus actividades habituales, evidenciandose buen estado general al momento del Seguimiento. Desde el área de salud y nutricion se realiza la respectiva. orientacion a la madre. informando los cuidados a tener en casa para su recuperacion. procurando que el niño tenga un ambiente tranquilo, buena alimentacion, hidratacion y descanso necesario.

OBSERVACIONES

El participante continua en seguimiento nutricional en Obesidad, al momento de la visita se observa activo jugando y comiendo
La madre informa antecedentes reciente de hospitalizacion y Posterior al egreso medico. se evidencia disposicion de la madre para continual con el cuidado encasa

COMPROMISOS

Estar pendiente de la salud del(a) participante por si se presenta nuevamente algun sintoma o signo de alarma
Brindar alimentos sanos y nutritivos, de igualmanera fomentar habitos como juegos implementar bastante hidratacion.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Jorena Fernanda Imbús Puntoja
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yuly Perez Cardenas
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: Erick Matheo Vasquez

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
8-Agt-26	4-6 meses	26.9	111	22	Obesidad	Yury Perez	Si
20-Agt-26	4-6 meses	26.7	111.2	22	Obesidad	Yury Perez	Si
29-Sept-26	4-8 meses	27.5	112	22	Obesidad	Yury Perez	"

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	Julieth Ariatna Alvarez D.	**Edad**	4 años - 11 meses
N° Documento	1120161612	**Telf.**	3208370065
Lugar	CDI Casita Feliz	**Fecha**	29- Septiembre-26
UDS	Jardin A.	**Área**	Salud y Nutricion

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Informar a la madre del Seguimiento Nutricional que se encontraba en Riesgo de Desnutrición Aguda pasando a Peso Adecuado para la talla

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita se socaliza con la madre la evolución favorable que ha presentado la participante, informandole que de acuerdo con la valoración nutricional tomada el dia de hoy donde su peso es: 18.4 y talla 108 se encuentra en Peso adecuado. Se resalta de manera positiva el progreso alcanzado y se felicita a la madre por el compromiso, dedicación y acompañamiento brindado desde el hogar. Se brinda de igual manera una charla educativa sobre la importancia de continuar manteniendo una alimentación adecuada y equilibrada, con el propósito de conservar el estado nutricional. Se recomienda continuar fortaleciendo habitos de higiene, ofrecer alimentos altos ricos en vitaminas y nutrientes. Se aclara que se continuara pendiente de subienestar y que si presenta alguna dificultad puede solicitar orientación, que estaremos atentos. Se realiza cierre de Seg. Nutricional

OBSERVACIONES

La familia ha fortalecido los cuidados y la alimentación en el hogar muy bien La participante presenta una evolución nutricional favorable, pasando de riesgo de desnutrición a Peso adecuado para la talla. Se evidencia compromiso y acompañamiento de la madre durante el proceso

COMPROMISOS

La madre se compromete a continuar desde casa a brindar una alimentación adecuada variada y equilibrada, manteniendo así su peso adecuado para la talla Mantener los hábitos saludables fortalecidos durante el proceso del Seguimiento, de igual manera brindando siempre en su alimentación e NA rol. para fortalecer su alimentación. E informar si presenta nuevamente alguna dificultad.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Yuly Paola Delgado Pasinga
FIRMA	Yuly Delgado
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yuri Perez Cardenas
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: Julieth Ariadna Alvarez Delgado

FECHA DE NACIMIENTO: 19- Oct- 2021 **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
3- Agt-26	4-0 m	15.5	107.2	15	Riesgo Desnutricion Agud	Yuly Perez	Si
20 Agt-26	4- 10 m	15.8	107.5	15.5	Riesgo Desnutricion Agud	Yuly Perez	Si
7- Sept-26	4- 10m	16	107.6	15.5	Riesgo Desnutricion Agud	Yuly Perez	Si
15- Sept.26	4 -10m	16	107.8	15.5	Riesgo Desnutricion Agud	Yuly Perez	Si
29- Sept. 26	4- 11m	16.4	108	15.5	Peso Adecuado para talla	Yuly Perez	No

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	Sanji David Gallego Tejada	**Edad**	4 años - 4 meses
Nº Documento	1020083888	**Telf.**	3185929145
Lugar	CDI - casita F. B/ Kennedy	**Fecha**	21- Septiembre - 26
UDS	Rejalden M	**Área**	Salud y nutrición

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Continuar con seguimiento nutricional al participante por diagnóstico de Riesgo de Desnutrición Aguda

DESARROLLO DE LA VISITA

Se inicia un dialogo con la madre del participante brindando diagnóstico del mes donde se evidencia que continua en Riesgo de Desnutrición Aguda se indaga si se esta brindando en casa los cuidados necesarios a lo cual la madre responde que si, y que además esta suministrando vitaminas como el vitalac que enviaron cuando lo pasó por los controles. Nuevamente por parte del apoyo en salud se brindan recomendaciones nutricionales y sobre los habitos de higiene que ayudan al participante. Se recomienda estar al dia en todos los controles para llevar un seguimiento adecuado. Se le informa a la madre que se continua con el seguimiento nutricional con el participante por parte de Salud y nutrición hasta recuperar peso

OBSERVACIONES

Madre se observa muy atenta a la visita brindando información solicitada del participante.
El niño esta muy activo y dinámico.

COMPROMISOS

Llevar al participante al control de higiene oral, Brindar vitaminas y nutrientes en pro de su recuperación
Informar al apoyo en salud novedades que se presenten en su estado físico. y Brindar acompañamiento a la hora de su alimentación

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Erika Tejada
FIRMA	
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yuri Perez Cardenas
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: Sanji David Gallego Jojoa

FECHA DE NACIMIENTO: 25 - mayo - 2022 **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
3-Agt-26	4-2m	13.2	99.3	15	Riesgo de Desnutricion A	Yuri Perez	Si
20-Agt-26	4-2m	13.4	99.8	15	Riesgo de Desnutricion A	Yuri Perez	Si
01-Sept 26	4-3m	13.4	99.9	15	Riesgo de Desnutricion A	Yuri Perez	"
15-Sep-26	4-3m	13.6	100	"	Riesgo de Desnutricion	Yuri Perez	"
29-Sep-26	4-4m	13.6	100	"	Riesgo de Desnutricion	Yuri Perez	"

FIRMA:

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

CRONOGRAMA MENSUAL DE VISITAS EN EL HOGAR – CDI
FUNDACION FRATERNIDAD

Mes: SEPTIEMBRE

Responsable: **Apoyo Psicosocial y Salud-Nutrición**

N.º	UDS	Nombre del niño/niña	Objetivo de la visita	Fecha programada
1	CDI SANTO ANGEL	Valery Samantha Luna Chapal	Acompañamiento por retroceso en los primeros pasos de desarrollo	2/09/2026
2	CDI SANTO ANGEL	Violeta Erazo Satizabala	Acompañamiento a hospital por accidente de transito	3/09/2026
3	CDI SANTO ANGEL	Alex David Cruz	Acompañamiento a hospital por gripe aguda y fiebre alta	15/09/2026
4	CDI SANTO ANGEL	Santiago Lopez Pastas	Acompañamiento por conductas agresivas y juego brusco	15/09/2026
5	CDI SANTO ANGEL	Laura Isabel Sepulveda Ruiz	Acompañamiento por presencia de pediculosis para fortalecer habitos de higiene	17/09/2026
6	CDI SANTO ANGEL	Manuel Fernando de Oliveira	Seguimiento por inasistencias a citas odontologicas	17/09/2026
7	CDI SANTO ANGEL	Evelyn Ariadna Galeano	Seguimiento por riesgo en desnutricion	18/09/2026
8	CDI SANTO ANGEL	Maité Valentina Salazar	Seguimiento por riesgo en desnutricion	18/09/2026
9	CDI SANTO ANGEL	Mariam Celeste Goyeneche	Seguimiento por riesgo en desnutricion	18/09/2026
OBSERVACIONES GENERALES DEL MES:				
Las visitas están sujetas a la disponibilidad y concertación con las familias, por lo cual las fechas programadas pueden presentar modificaciones. Asi mismo, podrán surgir visitas no previstas inicialmente, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o en relación con PHLVF.				

Elaboró: **Equipo interdisciplinario CDI SANTO ÁNGEL** Cargo: _Apoyo Psicosocial-Apoyo Salud

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	Evelyn Adara Galeano	Edad	5 años - 1 mes
N° Documento	1120101055	Telf.	3117016532
Lugar	B/ San Martin	Fecha	18/09/2025
UDS	CDI SANTO ANGEL	Área	SyN - Sicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar Seguimiento al estado nutricional de la niña y fortalecer en la familia acciones encaminadas a prevenir el avance del Riesgo de desnutrición.

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realizo visita domiciliaria con el fin de hacer seguimiento nutricional a la niña que continua en Riesgo de desnutrición. Se brinda orientación ala familia Sobre la importancia de mantener una alimentación nutritiva Variada y Suficiente. procurando aprovechar los alimentos disponibles en el hogar.
Se recomendo mantener horarios regulares de alimentación, incentivar el consumo de agua, y continuar con los Controles de Salud y Seguimiento nutricional.

OBSERVACIONES

La niña continua presentando Riesgo de desnutrición. La familia acabo las recomendaciones y manifiesta disposición para fortalecer practicas alimentarias.

COMPROMISOS

La familia Se Compromete a mejorar y mantener las practicas alimentarias, realizar Seguimiento nutricional al estado nutricional de la niña, y cumplir con los controles de Crecimiento y desarrollo.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Karen Guerrero
FIRMA	Karen Guerrero
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Steven Montoya - Angela Bermudez
FIRMA	Yeison Mg Angela B.

Fundación fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

FUNDACIÓN FRATERNIDAD

NIT 900-135.278-5
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Evelyn Ariadna Galeano G

FECHA DE NACIMIENTO: 4/08/2021 **UDS:** Santa Angel

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
4-08-26	5-0	16.5	109.6	16.3	Riesgo dnt Agud	AMPARO B	Si
4/08/2026	5-0	16.6	109.6	16.3	Riesgo dnt Agud	Amparo	si
3/09/2026	5-0	16.8	109.7	16-3	Riesgo dnt A	Amparo	Si
18/09/2026	5-1	16.85	109.7	16.3	Riesgo dnt A	Amparo	Si

FIRMA APOYO SALUD:
AMPARO BENAVIDES LOPEZ

CONFIDENCIAL

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	Mariam Celeste Goyeneche	Edad	4 años - 9 M
N° Documento	1123212421	Telf.	3214648361
Lugar	20 de Julio	Fecha	18/09/2026
UDS	CDI SANTO ANGEL	Área	SyN-Semisocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Realizar Seguimiento nutricional de la niña, fortaleciendo en la familia la importancia de una alimentación Variada, Suficiente y nutritiva para favorecer su Crecimiento y desarrollo

DESARROLLO DE LA VISITA

Se realizó la visita domiciliaria de Seguimiento nutricional a la niña, quien continua presentando riesgo de desnutrición. Se orientó a la familia sobre la importancia de ofrecer alimentos Variados durante el día, incluyendo frutas, Verduras, cereales, leguminosas y fuentes de Proteínas, de acuerdo con las posibilidades del hogar. Se brindaron recomendaciones Sobre horarios adecuados de alimentación. y la importancia de mantener controles periodicos de Crecimiento y desarrollo

OBSERVACIONES

La niña Continua en riesgo de desnutrición, por lo cual se requiere mantener Seguimiento cada 15 días hasta mejorar estado nutricional.

COMPROMISOS

La familia se Compromete a fortalecer la alimentación de la niña, cumplir con con los Controles de crecimiento y desarrollo y atender las recomendaciones brindadas durante el Seguimiento nutricional.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Alejandra Mora
FIRMA	Alejandra Mora.
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Steven Montoya - Ampro Bienestar
FIRMA	Yeison My - Ampro B.

¡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: Mariam Celeste Goyoneche M

FECHA DE NACIMIENTO: 13/11/2021 **UDS:** Santa Ágil

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
3-08-26	4- 8	15.9	107.8	15.6	Riesgo dnt Agud	AMPARO B	Si
18/08/2026	4-9	16.0	107-8	15-6	Riesgo dnt Agud	Amparo	Si
2/09/2026	4-9	16.2	107.9	15.6	Riesgo dnt A	Amparo	Si
18/09/2026	4-10	16.3	10.8	15.6	Riesgo dnt A	Amparo	Si

FIRMA APOYO SALUD:
AMPARO BENAVIDES LOPEZ

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	Maite Valentina Salazar.	Edad	4 años - 5 m
N° Documento	1114961885	Telf.	3116864212
Lugar	B1 Jardín	Fecha	18/02/2026
UDS	CDI SANTO ANGEL	Área	S y N - Sicosocial

INTENCIONALIDAD DE LA VISITA

Dar continuidad al Seguimiento del estado nutricional de la niña y orientar a la familia sobre practicas alimentarias que contribuyen a mejorar su condición nutricional.

DESARROLLO DE LA VISITA

Durante la visita domiciliaria se realizo Seguimiento a la niña. Quien continua presentando riesgo de desnutrición Se dialogo con la familia sobre la importancia de garantizar una alimentación completa y equilibrada, procurando incluir diferentes grupos de alimentos y respetar los horarios establecidos. Tambien se reforzó la importancia de observar cambios en el apetito, peso y estado general de la niña. y acudir oportunamente a los Servicios de Salud cuando sea necesario.

OBSERVACIONES

La niña permanece en riesgo de desnutrición por lo que se recomienda continuar con el acompañamiento familiar y el Seguimiento cada 15 días.

COMPROMISOS

La familia se Compromete a ofrecer una alimentación Variada y frecuente, promover hábitos saludables y asistir a los controles de crecimiento y desarrollo.

PERSONA QUIEN ATIENDE LA VISITA	Andrea Arteaga
FIRMA	Andrea Arteaga
PERSONA QUE REALIZA LA VISITA	Yeison Juan Montoya — Amparo Bernardo
FIRMA	— Amparo Bernardo

¡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: Maik Valentina Salazar Arteaga

FECHA DE NACIMIENTO: 14/04/2022 **UDS:** Sant Ang1

FECHA DE CONTROL	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO BRAQUIAL	DIAGNOSTICO	FIRMA APOYO NUTRICIONAL	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO
4/08/2026	4-3	15.2	106.5	16.3	Riesgo dnt Agud	AMPARO B	Si
19/08/2026	4-4	15.5	106.5	16.3	Riesgo dnt Agud	Amparo	Si
3/09/2026	4-4	15.7	106.7	16.3	Riesgo dnt A	Amparo	Si
18/09/2026	4.5	15.75	107.0	16.3	Riesgo dnt A	Amparo	Si

FIRMA APOYO SALUD:
AMPARO BENAVIDES LOPEZ

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