BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARTHA INES PUERRES QUILISMAL

Fecha: 7/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HOGAR LOS ANGELES

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO						
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años
1	1126459071	LUWING ELIAN JIMENEZ GARCIA	2. Cédula ciudadanía	1124859931	Erika Johana Garcia	1. Telefónico pedagógico	3118382311	7 : 30 p.m	7 : 40 p.m	NO	4	1
2	1126459324	MARIA JOSE GUEVARA MENESES	2. Cédula ciudadanía	1126457726	Laura Alejandra Guevara	1. Telefónico pedagógico	3115267388	9 : 00 a,m	9 : 10 a.m	SI	5	1
3	1140015619	EILEEN DAIANA TORRES TAPIA	2. Cédula ciudadanía	1126445126	1126445126	1. Telefónico pedagógico	3118214752	2 : 00 p.m	2 : 10 p.m	SI	4	1
4	1140015536	SHEILYN FARELLY PIPICANO DUARTE	2. Cédula ciudadanía	1126457522	Leyvi Cristina Duarte	1. Telefónico pedagógico	3125693194	3 : 00 p.m	3 : 10 p.m	SI	4	1
0	1140015717	YIMER SANTIAGO RODRÍGUEZ PORTILLA	2. Cédula ciudadanía	1126451089	Maria Rosario Portilla Morales	1. Telefónico pedagógico	3143496825	3 : 30 p.m	3 : 40 p-m	SI	4	1
6	1126459161	SARA VALENTINA CORAL BRAVO	2. Cédula ciudadanía	1126448162	Sandra Paola Bravo Lopez	1. Telefónico pedagógico	3222551025	8 : 00 a.m	8 : 30 p.m	SI	4	1
7	1126459817	DANNA MISHEL CORDOBA GUZMAN	2. Cédula ciudadanía	1126458294	Leiny Maryoli Guzman	1. Telefónico pedagógico	3125487727	5 : 30 p.m	5 : 40 p.m	SI	4	1
8	1140015612	CALEB MATIAS PERDOMO BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	41120879	Blanca Flor Benavides	1. Telefónico pedagógico	3134025904	4 : 30 p.m		SI	9	1
9	1.126.459.357	MARIETH SAMARA ORTEGA DIAZ	2. Cédula ciudadanía	1.123.304.189	Ingrid Nayibe Diaz Vargas	1. Telefónico pedagógico	3208461341	5 : 00 p.m	5 : 10 p.m	SI	4	1
10	1126568875	KARLA ISABELLA ENCALADA ROMO	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.183	Irene Patricia Romo Medina	1. Telefónico pedagógico	3223229353	4 : 00 p.m	4 : 10 p.m	SI	4	1

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Código Unidad de Servicio (UDS):

8686500056112

IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR				V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
13. # de mujeres gestantes en el Hogar	**14. # de personas mayores de 60**	**15. Acceso a agua para cocinar o tomar** SI / NO / NO APLICA	**16. Acceso a frutas y verduras** SI / NO / NO APLICA	**17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?** SI / NO	 SI / NO	**19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?** Opción múltiple, ver opciones en instructivo	**19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.**
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	1	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años

Firma del agente educativo

No.	VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES								
	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Novedad 7. (Sintomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA
1	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
2	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
3	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
4	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
5	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
6	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
7	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
8	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
9	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
10	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

			VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
29. Novedad 8. (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos)		**31. Otras novedades y observaciones**	**32. Indique los números de las prácticas trabajadas**	**33. Fecha y hora siguiente llamada**	
SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA			d/m/año	hh:mm
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	7 : 30 a.m
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	9 : 00 a.m
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	2 : 00 p.m
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	3 : 00 p.m
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	3 : 30 p-m
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	8 : 00 a.m
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	4 : 30 p.m
NO	SI	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	5 : 00 p.m
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	10 : 00 a.m
NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 5/6	10/12/2021	4:00 p. m.

AH22:AK23AHAH22:AK23

Firma del agente educativo

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	23/11/2020
		Versión 4	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARTHA INES PUERRES QUILISMAL

Fecha: 10/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HOGAR LOS ANGELES

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500056112

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.
1	1126459071	LUWING ELIAN JIMENEZ GARCIA	2. Cédula ciudadanía	1124859931	Erika Johana Garcia	1. Telefónico pedagógico	3118382311	7 : 30 p.m	7 : 40 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
2	1126459324	MARIA JOSE GUEVARA MENESES	2. Cédula ciudadanía	1126457726	Laura Alejandra Guevara	1. Telefónico pedagógico	3115267388	9 : 00 a.m	9 : 10 a.m	SI	5	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
3	1140015619	EILEEN DAIANA TORRES TAPIA	2. Cédula ciudadanía	1126445126	Lucenidez Tapia Erazo	1. Telefónico pedagógico	3118214752	2 : 00 p.m	2 : 10 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
4	1140015536	SHEILYN FARELLY PIPICANO DUARTE	2. Cédula ciudadanía	1126457522	Leyvi Cristina Duarte	1. Telefónico pedagógico	3125693194	3 : 00 p.m	3 : 10 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	1140015717	YIMER SANTIAGO RODRÍGUEZ PORTILLA	2. Cédula ciudadanía	1126451089	Maria Rosario Portilla Morales	1. Telefónico pedagógico	3143496825	3 : 30 p.m	3 : 40 p-m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
6	1126459161	SARA VALENTINA CORAL BRAVO	2. Cédula ciudadanía	1126448162	Sandra Paola Bravo Lopez	1. Telefónico pedagógico	3222551025	8 : 00 a.m	8 : 30 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
7	1126459817	DANNA MISHEL CORDOBA GUZMAN	2. Cédula ciudadanía	1126458294	Leiny Maryoli Guzman	1. Telefónico pedagógico	3125487727	5 : 30 p.m	5 : 40 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
8	1126459396	CALEB MATIAS PERDOMO BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	41120879	Blanca Flor Benavides	1. Telefónico pedagógico	3134025904	4 : 30 p.m		SI	9	1	0	1	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
9	1.126.459.357	MARIETH SAMARA ORTEGA DIAZ	2. Cédula ciudadanía	1.123.304.189	Ingrid Nayibe Diaz Vargas	1. Telefónico pedagógico	3208461341	5 : 00 p.m	5 : 10 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
10	1126568875	KARLA ISABELLA ENCALADA ROMO	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.183	Irene Patricia Romo Medina	1. Telefónico pedagógico	3223229353	4 : 00 p.m	4 : 10 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años

Firma del agente educativo

No.	VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES												VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Novedad 7. (Síntomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA	29. Novedad 8. (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos) SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	31. Otras novedades y observaciones	32. Indique los números de las prácticas trabajadas	33. Fecha y hora siguiente llamada d/m/año	 hh:mm
1	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	7 : 30 a.m
2	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	9 : 00 a.m
3	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	2 : 00 p.m
4	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	3 : 00 p.m
5	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	3 : 30 p-m
6	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	8 : 00 a.m
7	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	4 : 30 p.m
8	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	5 : 00 p.m
9	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	10 : 00 a.m
10	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	PRACTICA 7/8	14/12/2021	4:00 p. m.

AH22:AK23AHAH22:AK23

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	23/11/2020
		Versión 4	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARTHA INES PUERRES QUILISMAL

Fecha: 14/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HOGAR LOS ANGELES

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500056112

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.
1	1126459071	LUWING ELIAN JIMENEZ GARCIA	2. Cédula ciudadanía	1124859931	Erika Johana Garcia	1. Telefónico pedagógico	3118382311	7 : 30 p.m	7 : 40 p.m	NO	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
2	1126459324	MARIA JOSE GUEVARA MENESES	2. Cédula ciudadanía	1126457726	Laura Alejandra Guevara	1. Telefónico pedagógico	3115267388	9 : 00 a.m	9 : 10 a.m	SI	5	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
3	1140015619	EILEEN DAIANA TORRES TAPIA	2. Cédula ciudadanía	1126445126	Lucenidez Tapia Erazo	1. Telefónico pedagógico	3118214752	2 : 00 p.m	2 : 10 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
4	1140015536	SHEILYN FARELLY PIPICANO DUARTE	2. Cédula ciudadanía	1126457522	Leyvi Cristina Duarte	1. Telefónico pedagógico	3125693194	3 : 00 p.m	3 : 10 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
0	1140015717	YIMER SANTIAGO RODRÍGUEZ PORTILLA	2. Cédula ciudadanía	1126451089	Maria Rosario Portilla Morales	1. Telefónico pedagógico	3143496825	3 : 30 p.m	3 : 40 p-m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
6	1126459161	SARA VALENTINA CORAL BRAVO	2. Cédula ciudadanía	1126448162	Sandra Paola Bravo Lopez	1. Telefónico pedagógico	3222551025	8 : 00 a.m	8 : 30 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
7	1126459817	DANNA MISHEL CORDOBA GUZMAN	2. Cédula ciudadanía	1126458294	Leiny Maryoli Guzman	1. Telefónico pedagógico	3125487727	5 : 30 p.m	5 : 40 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
8	1126459396	CALEB MATIAS PERDOMO BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	41120879	Blanca Flor Benavides	1. Telefónico pedagógico	3134025904	4 : 30 p.m		SI	9	1	0	1	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
9	1.126.459.357	MARIETH SAMARA ORTEGA DIAZ	2. Cédula ciudadanía	1.123.304.189	Ingrid Nayibe Diaz Vargas	1. Telefónico pedagógico	3208461341	5 : 00 p.m	5 : 10 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años
10	1126568875	KARLA ISABELLA ENCALADA ROMO	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.183	Irene Patricia Romo Medina	1. Telefónico pedagógico	3223229353	4 : 00 p.m	4 : 10 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	Vacuna a los 5 años

Firma del agente educativo

No.	VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES												VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Novedad 7. (Síntomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA	29. Novedad 8. (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos) SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	31. Otras novedades y observaciones	32. Indique los números de las prácticas trabajadas	33. Fecha y hora siguiente llamada	
														d/m/año	hh:mm
1	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
2	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
3	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
4	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
5	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
6	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
7	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
8	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
9	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		
10	0	0	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NINGUNA	TALLER DE FORMACION A PADRES		

AH22:AK23AHAH22:AK23

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	23/11/2020	BIENESTAR FAMILIAR	
		Versión 4	Página 1 de 2		
		Clasificación de la Información: Pública			

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: YORLENY FIGUEROA VALDEZ

Fecha: 7/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): MIS PEQUEÑOS ANGELITOS

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.6865E+12

0

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				No.			
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.		20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA
1	1.126.143.239	JACK BIRNEY SALAZAR PANTOJA	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.207	MARISOL PANTOJA MONTERO	1. Telefónico pedagógico	3164015282	11:00 a.m	11:10 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	6	0	0	NO
2	1.126.459.540	HEILYN SALOME NARVAEZ ARBOLEDA	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.883	YESICA YAMILET ARBOLEDA MARTINEZ	1. Telefónico pedagógico	3175353707	08:30 a.m	08:40 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	3	0	0	NO
3	1.126.459.055	ANDRES FELIPE ALVAREZ ARBOLEDA	2. Cédula ciudadanía	1.006.995.515	YURELY ANDREA ARBOLEDA MARTINEZ	4. Telefónico salud y nutrición	3152076327	09:00 a.m	09:10 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	9	0	0	NO
4	1.140.015.620	DZIERZON ALEXANDER RUALES PORTILLA	2. Cédula ciudadanía	1.126.444.903	YANY YINET PORTILLA MORA	4. Telefónico salud y nutrición	3225198724	10:10 a.m	10:20 a.m	SI	2	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	10	0	0	NO

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIANO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	**24. Novedad 3.** (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	**25. Novedad 4.** (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	**26. Novedad 5.** (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	**27. Novedad 6.** (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	**28. Novedad 7.** (Síntomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA	**29. Novedad 8.** (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos) SI / NO / NO APLICA	**30. Novedad 9.** (Síntomas respiratorios) SI / NO / NO APLICA	**31. Otras novedades y observaciones**	**32. Indique los números de las prácticas trabajadas**	**33. Fecha y hora siguiente llamada**	
										dd/mm/aaaa	hh:mm
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	5 Y 6	11:00 a.m	10/12/2021
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	5 Y 6	08:30 a.m	10/12/2021
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	5 Y 6	09:00 a.m	10/12/2021
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	5 Y 6	10:10 a.m	10/12/2021

Firma del agente educativo

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	23/11/2020
		Versión 4	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SANDRA NARVAEZ

Fecha: 7/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): LAS CABAÑITAS

Código Unidad de Servicio (UDS):

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento		6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.
1	1.123.335.556	DAVINSON STIVEN	2. Cédula ciudadanía	1.123.330.287	ROSA ELENA REGALADO	1. Telefónico pedagógico	3208459328	3.10	3.28PM	SI	5	1	0	1	SI	SI	SI	SI		
2	1.123.335.129	SARA YISELAGUDELO BASTIDAS	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.779	DANIELA BASTIDAS	1. Telefónico pedagógico	3225233538	3.30	3(48PM	SI	5	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
3	1.123.336.026	DILAN ALEXANDER AGUDELO BASTIDAS	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.779	DANIELA BASTIDAS	1. Telefónico pedagógico	3225233538	3.30	3(48PM	SI	0	0	0	0	SI	SI	SI	SI		
4	1.074.825.288	YEIRY XIMENAMOREANO	2. Cédula ciudadanía	11.594.155.536	YILENA MONTIEL	1. Telefónico pedagógico	3118741902	3.50	4.05PM	SI	4	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
5	1.126.142.927	YUREY ARIANNA PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	112.328.127	JOHANA GUERRERO	1. Telefónico pedagógico	3208572655	4.25	445 PM	SI	5	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
6	1.123.335.730	ANDRY GIISSEL IMVACUAN	2. Cédula ciudadanía	1.006.849.072	JOHA IMVACUAN	1. Telefónico pedagógico	3224266920	450	510PM	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	SI		
7																				
8																				
9																				
10																				
11								hh:mm	hh:mm											
12								hh:mm	hh:mm											
13								hh:mm	hh:mm											
14								hh:mm	hh:mm											
15								hh:mm	hh:mm											
16								hh:mm	hh:mm											
17								hh:mm	hh:mm											
18								hh:mm	hh:mm											
19								hh:mm	hh:mm											
20								hh:mm	hh:mm											
21								hh:mm	hh:mm											
22								hh:mm	hh:mm											
23								hh:mm	hh:mm											
24								hh:mm	hh:mm											
25								hh:mm	hh:mm											

SANDRA NARVAEZ

Firma del agente educativo

No.	VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES												VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Novedad 7. (Síntomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA	29. Novedad 8. (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos) SI / NO / NO APLICA	30. Novedad 9. (Síntomas respiratorios) SI / NO / NO APLICA	31. Otras novedades y observaciones	32. Indique los números de las prácticas trabajadas	33. Fecha y hora siguiente llamada	
														dd/mm/aaaa	hh:mm
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	10/12/2021	3.10PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA NIÑA SARA VIVE EN LA MISMA CAS QUE EL NI DILAN ALEXANDER	5Y6	10/12/2021	3(30PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	10/12/2021	3(30PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	10/12/2021	3...50PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	10/12/2021	4,1
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	10/12/2021	4.30
													5Y6	10/12/2021	4,5
11															hh:mm
12															hh:mm
13															hh:mm
14															hh:mm
15															hh:mm
16															hh:mm
17															hh:mm
18															hh:mm
19														dd/mm/aaaa	hh:mm
20														dd/mm/aaaa	hh:mm
21														dd/mm/aaaa	hh:mm
22														dd/mm/aaaa	hh:mm
23														dd/mm/aaaa	hh:mm
24														dd/mm/aaaa	hh:mm
25														dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	23/11/2020
		Versión 4	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SANDRA NARVAEZ

Fecha: 10/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): LAS CABAÑITAS

Código Unidad de Servicio (UDS):

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento		6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.
1	1.123.335.556	DAVINSON STIVEN	2. Cédula ciudadanía	1.123.330.287	ROSA ELENA REGALADO	1. Telefónico pedagógico	3208459328	3.10	3.28PM	SI	5	1	0	1	SI	SI	SI	SI		
2	1.123.335.129	SARA YISELAGUDELO BASTIDAS	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.779	DANIELA BASTIDAS	1. Telefónico pedagógico	3225233538	3.30	3(48PM	SI	5	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
3	1.123.336.026	DILAN ALEXANDER AGUDELO BASTIDAS	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.779	DANIELA BASTIDAS	1. Telefónico pedagógico	3225233538	3.30	3(48PM	SI	0	0	0	0	SI	SI	SI	SI		
4	1.074.825.288	YEIRY XIMENAMOREANO	2. Cédula ciudadanía	11.594.155.536	YILENA MONTIEL	1. Telefónico pedagógico	3118741902	3.50	4.05PM	SI	4	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
5	1.126.142.927	YUREY ARIANNA PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	112.328.127	JOHANA GUERRERO	1. Telefónico pedagógico	3208572655	4.25	445 PM	SI	5	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
6	1.123.335.730	ANDRY GIISSEL IMVACUAN	2. Cédula ciudadanía	1.006.849.072	JOHA IMVACUAN	1. Telefónico pedagógico	3224266920	450	510PM	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	SI		
7																				
8																				
9																				
10																				
11								hh:mm	hh:mm											
12								hh:mm	hh:mm											
13								hh:mm	hh:mm											
14								hh:mm	hh:mm											
15								hh:mm	hh:mm											
16								hh:mm	hh:mm											
17								hh:mm	hh:mm											
18								hh:mm	hh:mm											
19								hh:mm	hh:mm											
20								hh:mm	hh:mm											
21								hh:mm	hh:mm											
22								hh:mm	hh:mm											
23								hh:mm	hh:mm											
24								hh:mm	hh:mm											
25								hh:mm	hh:mm											

SANDRA NARVAEZ

Firma del agente educativo

No.	VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES												VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Novedad 7. (Síntomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA	29. Novedad 8. (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos) SI / NO / NO APLICA	30. Novedad 9. (Síntomas respiratorios) SI / NO / NO APLICA	31. Otras novedades y observaciones	32. Indique los números de las prácticas trabajadas	33. Fecha y hora siguiente llamada	
														dd/mm/aaaa	hh:mm
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		7'8	14/12/2021	3.10PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA NIÑA SARA VIVE EN LA MISMA CAS QUE EL NI DILAN ALEXANDER	5Y6	14/12/2021	3(30PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	14/12/2021	3(30PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	14/12/2021	3...50PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	14/12/2021	4,1
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	14/12/2021	4.30
													5Y6	14/12/2021	4,5
11															hh:mm
12															hh:mm
13															hh:mm
14															hh:mm
15															hh:mm
16															hh:mm
17															hh:mm
18															hh:mm
19														dd/mm/aaaa	hh:mm
20														dd/mm/aaaa	hh:mm
21														dd/mm/aaaa	hh:mm
22														dd/mm/aaaa	hh:mm
23														dd/mm/aaaa	hh:mm
24														dd/mm/aaaa	hh:mm
25														dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	23/11/2020
		Versión 4	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: YORLENY FIGUEROA VALDEZ

Fecha: 10/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): MIS PEQUEÑOS ANGELITOS

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.6865E+12

0

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				No.			
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.		20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA
1	1.126.143.239	JACK BIRNEY SALAZAR PANTOJA	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.207	MARISOL PANTOJA MONTERO	1. Telefónico pedagógico	3164015282	11:00 a.m	11:10 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	6	0	0	NO
2	1.126.459.540	HEILYN SALOME NARVAEZ ARBOLEDA	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.883	YESICA YAMILET ARBOLEDA MARTINEZ	1. Telefónico pedagógico	3175353707	08:30 a.m	08:40 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	3	0	0	NO
3	1.126.459.055	ANDRES FELIPE ALVAREZ ARBOLEDA	2. Cédula ciudadanía	1.006.995.515	YURELY ANDREA ARBOLEDA MARTINEZ	4. Telefónico salud y nutrición	3152076327	09:00 a.m	09:10 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	9	0	0	NO
4	1.140.015.620	DZIERZON ALEXANDER RUALES PORTILLA	2. Cédula ciudadanía	1.126.444.903	YANY YINET PORTILLA MORA	4. Telefónico salud y nutrición	3225198724	10:10 a.m	10:20 a.m	SI	2	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	10	0	0	NO

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	**24. Novedad 3.** (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	**25. Novedad 4.** (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	**26. Novedad 5.** (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	**27. Novedad 6.** (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	**28. Novedad 7.** (Síntomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA	**29. Novedad 8.** (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos) SI / NO / NO APLICA	**30. Novedad 9.** (Síntomas respiratorios) SI / NO / NO APLICA	**31. Otras novedades y observaciones**	**32. Indique los números de las prácticas trabajadas**	**33. Fecha y hora siguiente llamada**	
										dd/mm/aaaa	hh:mm
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7 Y 8	14/12/2021	11:00 a.m
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7 Y 8	14/12/2021	08:30 a.m
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7 Y 8	14/12/2021	09:00 a.m
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7 Y 8	14/12/2021	10:10 a.m

Firma del agente educativo

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	23/11/2020
		Versión 4	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SANDRA NARVAEZ

Fecha: 14/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): LAS CABAÑITAS

Código Unidad de Servicio (UDS):

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento		6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.
1	1.123.335.556	DAVINSON STIVEN	2. Cédula ciudadanía	1.123.330.287	ROSA ELENA REGALADO	6. Taller de formación y acompañamiento a familias	3208459328	3.10	3.28PM	SI	5	1	0	1	SI	SI	SI	SI		
2	1.123.335.129	SARA YISELAGUDELO BASTIDAS	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.779	DANIELA BASTIDAS	6. Taller de formación y acompañamiento a familias	3225233538	3.30	3(48PM	SI	5	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
3	1.123.336.026	DILAN ALEXANDER AGUDELO BASTIDAS	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.779	DANIELA BASTIDAS	6. Taller de formación y acompañamiento a familias	3225233538	3.30	3(48PM	SI	0	0	0	0	SI	SI	SI	SI		
4	1.074.825.288	YEIRY XIMENAMOREANO	2. Cédula ciudadanía	11.594.155.536	YILENA MONTIEL	6. Taller de formación y acompañamiento a familias	3118741902	3.50	4.05PM	SI	4	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
5	1.126.142.927	YUREY ARIANNA PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	112.328.127	JOHANA GUERRERO	6. Taller de formación y acompañamiento a familias	3208572655	4.25	445 PM	SI	5	2	0	0	SI	SI	SI	SI		
6	1.123.335.730	ANDRY GIISSEL IMVACUAN	2. Cédula ciudadanía	1.006.849.072	JOHA IMVACUAN	6. Taller de formación y acompañamiento a familias	3224266920	450	510PM	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	SI		
7																				
8																				
9																				
10																				
11								hh:mm	hh:mm											
12								hh:mm	hh:mm											
13								hh:mm	hh:mm											
14								hh:mm	hh:mm											
15								hh:mm	hh:mm											
16								hh:mm	hh:mm											
17								hh:mm	hh:mm											
18								hh:mm	hh:mm											
19								hh:mm	hh:mm											
20								hh:mm	hh:mm											
21								hh:mm	hh:mm											
22								hh:mm	hh:mm											
23								hh:mm	hh:mm											
24								hh:mm	hh:mm											
25								hh:mm	hh:mm											

SANDRA NARVAEZ

Firma del agente educativo

No.	VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES												VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Novedad 7. (Síntomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA	29. Novedad 8. (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos) SI / NO / NO APLICA	30. Novedad 9. (Síntomas respiratorios) SI / NO / NO APLICA	31. Otras novedades y observaciones	32. Indique los números de las prácticas trabajadas	33. Fecha y hora siguiente llamada	
														dd/mm/aaaa	hh:mm
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10y11	14/12/2021	3.10PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA NIÑA SARA VIVE EN LA MISMA CAS QUE EL NI DILAN ALEXANDER	5Y6	14/12/2021	3(30PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	14/12/2021	3(30PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	14/12/2021	3...50PM
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	14/12/2021	4,1
0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		5Y6	14/12/2021	4.30
													5Y6	14/12/2021	4,5
11															hh:mm
12															hh:mm
13															hh:mm
14															hh:mm
15															hh:mm
16															hh:mm
17															hh:mm
18															hh:mm
19														dd/mm/aaaa	hh:mm
20														dd/mm/aaaa	hh:mm
21														dd/mm/aaaa	hh:mm
22														dd/mm/aaaa	hh:mm
23														dd/mm/aaaa	hh:mm
24														dd/mm/aaaa	hh:mm
25														dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	23/11/2020	BIENESTAR FAMILIAR	
		Versión 4	Página 1 de 2		
		Clasificación de la Información: Pública			

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: YORLENY FIGUEROA VALDEZ

Fecha: 14/12/2021

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): MIS PEQUEÑOS ANGELITOS

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.6865E+12

0

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				No.			
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.		20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA
1	1.126.143.239	JACK BIRNEY SALAZAR PANTOJA	2. Cédula ciudadanía	1.123.333.207	MARISOL PANTOJA MONTERO	1. Telefónico pedagógico	3164015282	11:00 a.m	11:10 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	6	0	0	NO
2	1.126.459.540	HEILYN SALOME NARVAEZ ARBOLEDA	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.883	YESICA YAMILET ARBOLEDA MARTINEZ	1. Telefónico pedagógico	3175353707	08:30 a.m	08:40 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	3	0	0	NO
3	1.126.459.055	ANDRES FELIPE ALVAREZ ARBOLEDA	2. Cédula ciudadanía	1.006.995.515	YURELY ANDREA ARBOLEDA MARTINEZ	4. Telefónico salud y nutrición	3152076327	09:00 a.m	09:10 a.m	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	9	0	0	NO
4	1.140.015.620	DZIERZON ALEXANDER RUALES PORTILLA	2. Cédula ciudadanía	1.126.444.903	YANY YINET PORTILLA MORA	4. Telefónico salud y nutrición	3225198724	10:10 a.m	10:20 a.m	SI	2	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	VACUNA A LOS 5 AÑOS	10	0	0	NO

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIANO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	**24. Novedad 3.** (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	**25. Novedad 4.** (Prefiere estar quieto a jugar) SI / NO / NO APLICA	**26. Novedad 5.** (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	**27. Novedad 6.** (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	**28. Novedad 7.** (Síntomas gastrointestinales) SI / NO / NO APLICA	**29. Novedad 8.** (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos) SI / NO / NO APLICA	**30. Novedad 9.** (Síntomas respiratorios) SI / NO / NO APLICA	**31. Otras novedades y observaciones**	**32. Indique los números de las prácticas trabajadas**	**33. Fecha y hora siguiente llamada**	
										dd/mm/aaaa	hh:mm
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TALLER DE FORMACION A FAMILIAS		
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TALLER DE FORMACION A FAMILIAS		
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TALLER DE FORMACION A FAMILIAS		
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	TALLER DE FORMACION A FAMILIAS		

Firma del agente educativo

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012