



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F16.GO6.PP

05/06/2025

FORMATO DE REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS
CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN – ATENCIÓN ITINERANTE

Versión 1

Página 1 de 3

MES: Diciembre

Fecha	Municipio	Hora de inicio/ Hora de finalización	Unidad de servicio/ Entorno	Tipo Acompañamiento/ Seguimiento	Nombres y apellidos de la niña, niño, adolescente o persona con discapacidad	Número de documento de identidad	Número de folios entregados	Persona que recibe el documento del acompañamiento, responsable de su archivo o quien firma el acompañamiento (Nombre y firma)
9/12/25	San José del Guaviare	8:00 am 9:30 am	Hogar Sustituto	Atención Itinerante	• Maria Alejandra Rodriguez Melo	1123162 015		Galea de Velasco. KATHERIN ANDREA S.
9/12/25	San José del Guaviare	10:00 am 11:30 am	Hogar Sustituto	Atención Itinerante	• Kevin Daniel Riascos Angulo	1122680 077		Blanca Soto Díaz • KATHERIN AS
9/12/25	San José del Guaviare	2:00 pm 3:30 pm	Hogar Sustituto	Atención Itinerante	• Lucia Joaquin Chakunide	1120587 013		• Sonja Hostos. • KATHERIN A.S.
9/12/25	San José del Guaviare	4:00 pm 5:30 pm	Somos familia	Atención Itinerante	• Jerónimo Timaná Gonzalez	112095958		Mercedes Gailán Sierra • KATHERIN A.S
10/12/25	San José del Guaviare	8:00 am 9:30 am	Hogar Sustituto	Atención Itinerante	• Dominick Dante Rodriguez Giraldo	1110588 661		DJS • KATHERIN AS
10/12/25	San José del Guaviare	10:00 am 11:00 am	Somos familia	Atención Itinerante	• Mardín Yesney Herran Marín	1120519150		Maya/4 Markin- KATHERIN A.S.
10/12/25	San José del Guaviare	2:00 pm 3:30 pm	Somos familia	Atención Itinerante	Arley Santiago Alvarado	10306728 62		NEICY ANDREA C.D KATHERIN AS

¡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"



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F16.GO6.PP

05/06/2025

FORMATO DE REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS
CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN – ATENCIÓN ITINERANTE

Versión 1

Página 4 de 3

Fecha	Municipio	Hora de inicio/ Hora de finalización	Unidad de servicio/ Entorno	Tipo Acompañamiento/ Seguimiento	Nombres y apellidos de la niña, niño, adolescente o persona con discapacidad	Número de documento de identidad	Número de folios entregados	Persona que recibe el documento del acompañamiento, responsable de su archivo o quien firma el acompañamiento (Nombre y firma)

Nombre del profesional: Katherin Andrea S Rol profesional: Atención Itinerante Firma del profesional: KATHERIN ANDREA S