|  |  |  |  |
|---|---|---|---|
| PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
|  | Versión 3 | Página 1 de 2 |
|  | Clasificación de la Información:<br>Pública |  |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** AURA DILCIA CUARAN PALMA

**Fecha:** 03/08/2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO SEDE 1

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

|  | I. DATOS USUARIO |  | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO |  |  | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO |  |  |  |  | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 |
| 1 | 1.126.459.535 | DANIELA VALENTINA ARCOS | 2. Cédula ciudadanía | 1.007.728.136 | MARIA FERNANDA ARCOS | 1. Telefónico pedagógico | 3213814529 | 09:05 | 09:22 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1.140.015.844 | ANGELES DANIELA MONTOYA VARGAS | 2. Cédula ciudadanía | 59.827.489 | AMALIA VILLARREAL | 1. Telefónico pedagógico | 3123904903 | 09:28 | 09:44 | SI | 4 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | 1.126.459.577 | JOSE RAUL MEJIA GUAPUCAL | 1. Tarjeta de identidad | 27.160.797 | MARIA DEL CARMEN GUAPUCAL | 1. Telefónico pedagógico | 3208253599 | 09:56 | 10:11 | SI | 7 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 4 | 1.140.015.846 | YERLI DANELLY MANTILLA VARGAS | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.450.217 | SANDRA VARGAS PASCAL | 1. Telefónico pedagógico | 3118837690 | 10:23 | 10:39 | SI | 5 | 1 | 0 | 1 | SI | SI |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |

Firma del agente educativo

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? | 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? | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? | 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) | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales) | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) | 25. Novedad 4. (Sedentarismo) | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada | |
| | SI / NO | SI / NO | Opción múltiple, ver opciones en instructivo | | | | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | La señora Fernanda madre de la menor manifiesta que la niña se encuentra bien al igual que el resto de la familia. | PRACTICAS: 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE | 10/08/2020 | 08:30 |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | se establecio comunicación con la señora Amalia Villarreal abuela de la menor quien manifiesta que la niña se encuentra bien. | PRACTICAS: 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE | 10/08/2020 | 09:00 |
| 3 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | se establece comunicación con la señora Maria Guapucal abuela del menor quien manifiesta que el niño se encuentra bien. | PRACTICAS: 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE | 10/08/2020 | 10:00 |
| 4 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | la señora Sandra Vargas madre de la menor manifiesta que la niña se encuentra bien. | PRACTICAS: 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE | 10/08/2020 | 10:30 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
| | | Versión 3 | Página 1 de 2 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** CORONA MARIA SALAZAR PERENGUEZ

**AUXILIAR PEDAGOGICO**

**03 DE AGOSTO 2020**

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1126458433 | SCARLETT SOFIA BRAVO HERNANDEZ | CEDULA DE CIUDADANIA | 1004516628 | DEYSI FERNANDA HERNANDEZ MORENO | 1. Telefónico pedagógico | 3144063178 | 08. 00 am | 08:20 a.m. | SI | 5 | 1 | NO | NO | SI | SI |
| 2 | 1126457949 | VALELY ALEXANDRA GUERRERO ORDOÑEZ | CEDULA DE CIUDADANIA | 41.120.389 | MARIA JHANET GUERRERO ORDONEZ | 1. Telefónico pedagógico | 3115105332 | 09:00 a.m. | 09. 20 am | SI | 8 | 2 | NO | NO | SI | SI |
| 3 | 1123316612 | SAMUEL DAVID MURCIA MONTILLA | CEDULA DE CIUDADANIA | 1.123.305.454 | ANA ISABEL MONTILLA TELLO | 1. Telefónico pedagógico | 3123248102 | 0930 am | 09:45 a.m. | SI | 3 | 1 | NO | NO | SI | SI |
| 4 | 1126457840 | NANCY ALEJANDRA QUENGUAN COLLAZOS | CEDULA DE CIUDADANIA | 1.126.456.509 | DIANA ALEJANDRA COLLAZOS MARTINEZ | 1. Telefónico pedagógico | 3143020408 | 10.00 | 10.20 am | SI | 4 | 1 | NO | NO | SI | SI |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

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

---

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 02/06/2020 |
| | | Versión 3 | Página 2 de 2 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | NO | | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO ESTA EMPLEADA REALIZA ACTIVIDADES EN LA FINCA DE LOS PADRES | 01 Y 13 | 10 DE AGOSTO 2020 | 08:00 |
| 2 | SI | NO | 7. Otro | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 01 Y 13 | 10 DE AGOSTO 2020 | 09.00 am |
| 3 | SI | NO | | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 01 Y 13 | 10 DE AGOSTO 2020 | 10.00 am |
| 4 | SI | NO | | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | ME COMUNIQUE CON LA ABUELA DE LA MENOR 3125600103 | 01 Y 13 | 10 DE AGOSTO 2020 | 11.00 am |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | 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

**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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
| | | Versión 3 | Página 1 de 2 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** Maria Cristina Chavez

**Fecha:** 03/08/2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO SEDE 1

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1126458690 | Samuel David Cuellar Gonzalez | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.447.332 | Yolanda Jakeline Gonzales Jaramillo | 1. Telefónico pedagógico | 3223957410 | 10:00 | 10:15 | SI | 5 | 1 | 0 | 1 | SI | NO |
| 2 | 1126459081 | Millan Emanuel Vanegas Guevara | 2. Cédula ciudadanía | 1.083.905.250 | Yemmy Lorena Guevara Ceballos | 1. Telefónico pedagógico | 3214808071 | 10:20 | 10:35 | SI | 2 | 1 | 0 | 0 | SI | NO |
| 3 | 1140015720 | Yimi Alexander Vallejo Martinez | 2. Cédula ciudadanía | 38.473.966 | Elba Esperanza Martinez Flores | 1. Telefónico pedagógico | 3137130128 | 11:00 | 11:15 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 4 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |

Maria Chavez

Firma del agente educativo

---

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 02/06/2020 |
| | | Versión 3 | Página 2 de 2 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | NA | NA | SI | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | La madre manifiesta que no tiene recursos economicos para comprar frutas y verduras. | Practicas 1, 13 y semana de la lactancia materna. | 10/08/2020 | 10:00 |
| 2 | SI | SI | | | NA | NA | SI | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | La madre del niño manifiesta que ellos viven en una vereda y que por la situacion no ha podido trabajar y no cuenta con los recursos para comprar sus alimentos(frutas y verduras), ademas no puede desplasarce a el pueblo para comprar. | Practicas 1, 13 y semana de la lactancia materna. | 10/08/2020 | 11:00 |
| 1 | SI | SI | | | NA | NA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | Practicas 1, 13 y semana de la lactancia materna. | 10/08/2020 | 14:00 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |

Maria Chavez

Firma del agente educativo

|  |  |  |  |
|---|---|---|---|
| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
|  |  | Versión 3 | Página 1 de 2 |
|  |  | Clasificación de la Información:<br>Pública |  |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** JESSICA BENAVIDES FERNANDEZ 03 DE AGOSTO 2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** Bosque encantado sede 1

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

| No. | I. DATOS USUARIO |  | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO |  |  | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO |  |  |  |  | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento | 7. Teléfono | 8. Hora inicio | 9. Hora final | 10. Llamada Exitosa | 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 | 16. Acceso a frutas y verduras |
|  |  |  | Opción múltiple, ver opciones en instructivo |  |  | Opción múltiple, ver opciones en instructivo |  | hh:mm | hh:mm | SI / NO |  |  |  |  | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1126458315 | Xiomara Alejandra Jurado Malpud | 2. Cédula ciudadania | 1.126.458.189 | Maryury jimena malpud | 1. Telefónico pedagógico | 3209050520 | 10.30 am | 10.45 am | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1140015541 | Dilan samuel Toro Benavides | 2. Cédula ciudadania | 1140015541 | Julieth Paola Benavides Fernandez | 1. Telefónico pedagógico | 3125304090 | 11.00 am | 11.15 aqm | SI | 4 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | 8749286 | Brithany Thais Calvin Castro | 2. Cédula ciudadania | 20742308 | Castro LopezHelen Thais | 1. Telefónico pedagógico | 3212357244 | 11.30 am | 11.50 am | SI | 4 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 4 | 1130164897 | Ingri Tatiana Mejia Guapucal | 2. Cédula ciudadania | 27.160.797 | Maria del carmen Guapucal Cuasanchir | 1. Telefónico pedagógico | 3208253599 | 01.00 pm | 01.20 pm | SI | 7 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |

Jessica Benavides
Fernandez

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

---

|  |  |  |  |
|---|---|---|---|
|  | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 02/06/2020 |
|  |  | Versión 3 | Página 2 de 2 |
|  |  | Clasificación de la Información:<br>Pública |  |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN |  |  |  | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES |  |  |  |  |  |  |  |  | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? | 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? | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? | 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) | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales) | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) | 25. Novedad 4. (Sedentarismo) | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada |  |
|  | SI / NO | SI / NO | Opción múltiple, ver opciones en instructivo |  |  |  | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA |  |  | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | NO | 7. Otro | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO |  | 01 Y13 | 10 DE AGOST 2020 | 09:00am |
| 2 | SI | NO | 7. Otro | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO |  | 01 Y13 | 10 DE AGOST 2020 | 10::00am |
| 3 | SI | NO | 7. Otro | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO |  | 01 Y13 | 10 DE AGOST 2020 | 11::00:am |
| 4 | SI | NO | 7. Otro | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO |  | 01 Y13 | 10 DE AGOST 2020 | 01:00pm |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dd/mm/aaaa | 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 |

Jessica Benavides Fernandez

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO**<br>**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** | **F1.A1.LM5.PP** | **03/06/2020** |
| | | **Versión 3** | **Página 1 de 2** |
| | | **Clasificación de la Información:** | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** KATHERIN VANESSA MONTENEGRO MOSQUERA

**Fecha:** 03-ago-20

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** CDI BOSQUE ENCANTADO I

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 900631966

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 7519661 | ZAHIR MOISES SARABIA MARTINEZ | 2. Cédula ciudadanía | 25.683.535 | DAYANNIZ ANISETH SARABIA | 1. Telefónico pedagógico | 3204545345 | 9:30am | 9:45am | SI | 9 | 3 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1126458034 | IXCHEL VICTORIA HOYOS VELASCO | 2. Cédula ciudadanía | 51.753.360 | EMERITA VELASCO QUINAYAS | 1. Telefónico pedagógico | 3176538294 | 10.00am | 10:15am | SI | 5 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | 1140015635 | DANNA SOFIA PASCAL VACA | 2. Cédula ciudadanía | 41.120.350 | ROSA SISLEN VACA RIASCOS | 1. Telefónico pedagógico | 3138890661 | 10.30am | 10:45am | SI | 8 | 1 | 1 | 2 | SI | SI |

Firma del agente educativo

---

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO**<br>**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** | **F1.A1.LM5.PP** | **02/06/2020** |
| | | **Versión 3** | **Página 2 de 2** |
| | | **Clasificación de la Información:** | |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | SI | NO | 7. Otro | NO TIENE VACUNAS PENDIENTES | 0 | 0 | NO | NO | NO | SI | NO | NO | | PRÁCTICA 1. ALIMENTAR ADECUADAMENTE A NIÑOS Y NIÑAS DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE SU EDAD. PRACTICA 13 GENERAR EXPERIENCIAS A TRAVÉS DE JUEGOS, LA EXPLORACIÓN Y LA LITERATURA CON NIÑOS Y NIÑAS, ASÍ MISMO DIFUNDIR EN LAS FAMILIAS LA LACTANCIA MATERNA | 10/08/2020 | 9:00am |
| 2 | SI | NO | 7. Otro | NO TIENE VACUNAS PENDIENTES | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRÁCTICA 1. ALIMENTAR ADECUADAMENTE A NIÑOS Y NIÑAS DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE SU EDAD. PRACTICA 13 GENERAR EXPERIENCIAS A TRAVÉS DE JUEGOS, LA EXPLORACIÓN Y LA LITERATURA CON NIÑOS Y NIÑAS, ASÍ MISMO DIFUNDIR EN LAS FAMILIAS LA LACTANCIA MATERNA | 10/08/2020 | 9:30am |
| 3 | SI | NO | 7. Otro | NO TIENE VACUNAS PENDIENTES | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRÁCTICA 1. ALIMENTAR ADECUADAMENTE A NIÑOS Y NIÑAS DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE SU EDAD. PRACTICA 13 GENERAR EXPERIENCIAS A TRAVÉS DE JUEGOS, LA EXPLORACIÓN Y LA LITERATURA CON NIÑOS Y NIÑAS, ASÍ MISMO DIFUNDIR EN LAS FAMILIAS LA LACTANCIA MATERNA | 10/08/2020 | 10:00am |

Firma del agente educativo

| | | |
|---|---|---|
| PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
| | Versión 3 | Página 1 de 2 |
| | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** LIDIA MARIANA BURGOS HERNANDEZ

**Fecha:** 03- DE -AGOSTO DEL 2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8686500100307

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1.126.143.601 | SARA GISELL CASTRO GETIAL | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.454.674 | GLORIA ESPERANZA GETIAL | TELEFONICO PEDAGOGICO | 3172429521 | 8:00AM | 8:15 am. | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1.126.143.720 | JOSHEP ALEJANDRO PANTOJA PATIÑO | 2. Cédula ciudadanía | 41.117.041 | PATRICIA EDITH PATIÑO | TELEFONICO PEDAGOGICO | 3204124632 | 9:30PM | 9:45AM | SI | 6 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

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

---

| | | |
|---|---|---|
| PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 02/06/2020 |
| | Versión 3 | Página 2 de 2 |
| | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual. | Número de personas con síntomas de enfermedad respiratoria en el hogar. | 21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico | 22. Novedad 1. (Alertas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | SI | | NO APLICA | 0 | 0 | NO | SI | NO | NO | NO | NO | LA MADRE DICE QUE SE ENCUENTRA EN VILLAGARZON A LA ESPERA DE LA NUEVA CITA DE LA NIÑA EN PASTO. | SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA | 10/08/2020 | 9:00am |
| 2 | SI | SI | | NO APLICA | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA | 10/08/2020 | 10:30am |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | 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

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

| | |
|---|---|
| F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
| Versión 3 | Página 1 de 2 |
| Clasificación de la Información: | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** CLAUDIA LORENA GALLON CARDONA

**Fecha:** AGOSTO 3 2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO UNO

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8686500100307

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 |
| 1 | 1126143306 | ARIANA SALOME BARBOSA ARANGO | 2. Cédula ciudadania | 1.225.091.127 | YURI ALEJANDRA ARANGO ARANGO | 1. Telefónico pedagógico | 3142276801 | 09:00 | 09:15 | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1130164970 | JAZLYN LUCIANA OTERO GUERRERO | 2. Cédula ciudadania | 1.126.456.181 | ROSA MARIA GUERRERO | 1. Telefónico pedagógico | 3113034230 | 09:20 | 09:35 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | 1112232442 | ERICK SANTIAGO LABORDA DIAZ | 2. Cédula ciudadania | 1.088.250.478 | EDWUIN LABORDA | 1. Telefónico pedagógico | 3147937638 | 09:40 | 09:55 | SI | 5 | 1 | 0 | 1 | SI | SI |

Firma del agente educativo

---

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

| | |
|---|---|
| F1.A1.LM5.PP | 02/06/2020 |
| Versión 3 | Página 2 de 2 |
| Clasificación de la Información: | |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | 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. (Sedentarismo) 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. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada | |
| | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | NO | 7. Otro | SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1 | 10-ago-20 | 09:00 |
| 2 | SI | NO | 7. Otro | SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1 | 10-ago-20 | 09:20 |
| 3 | SI | NO | 7. Otro | SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1 | 10-ago-20 | 09:40 |

Firma del agente educativo

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP \| 03/06/2020<br>Versión 3 \| Página 1 de 2<br>Clasificación de la Información: Pública |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** MAILY FAJARDO

**Fecha:** 03/07/2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTEDO SEDE 1

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 |
| 1 | 1126142642 | ABIGAIL REBECA CASTRO | 2. Cédula ciudadanía | 102.658.557 | ANGELICA CASTRO | 1. Telefónico pedagógico | 3138655739 | 11:00 | 11:15 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | NO |
| 2 | 1123334291 | JHOSER SANTIAGO CHAPID HIDROBO | 2. Cédula ciudadanía | 1.086.923.364 | ARGENIS HIDROBO | 1. Telefónico pedagógico | 3113212312 | 11:20 | 11.35 | SI | 2 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | 1126458140 | LUISAFERNANDA LOPEZ | 2. Cédula ciudadanía | 107.116.267 | CARMEN LILIANA TORREZ | 2. Telefónico seguimiento | 3105300240 | 02:00 | 02:15 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | |

MAILY YIZELA FAJARDO

Firma del agente educativo

---

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP \| 02/06/2020<br>Versión 3 \| Página 2 de 2<br>Clasificación de la Información: Pública |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | 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. (Sedentarismo) 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. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada | |
| | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 1 Y 13 | 10/08/2020 | 11:00 |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 1 Y 13 | 10/08/2020 | 11:20 |
| 3 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 1\| Y 13 | 10/08/2020 | 02:00 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | |

MAILY YIZELA FAJARDO

Firma del agente educativo

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
| | | Versión 3 | Página 1 de 2 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** MAYERLIN ORTEGA GUTIERREZ

**Fecha:** 03-ago-20

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO UNO

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8686500100307

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento | 7. Teléfono | 8. Hora inicio | 9. Hora final | 10. Llamada Exitosa | 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 | 16. Acceso a frutas y verduras |
| | | | Opción múltiple, ver opciones en instructivo | | | Opción múltiple, ver opciones en instructivo | | hh:mm | hh:mm | SI / NO | | | | | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1116285054 | OSCAR MATIAS LUGO PANTOJA | 2. Cédula ciudadanía | 1006666039 | GERALDIN PANTOJA CERON | 1. Telefónico pedagógico | 3213907632 | 10:02 | 10:17 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1126459202 | ANDRES MATHIAS HORTUA PEÑA | 2. Cédula ciudadanía | 1126458681 | KINVERLIN VANESSA PEÑA BONILLA | 1. Telefónico pedagógico | 3118630536 | 10:24 | 10:39 | SI | 7 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | 1140015800 | LUCIANA CASTRO RODRIGUEZ | 2. Cédula ciudadanía | 1126446197 | CAROL JAKELINE RODRIGUEZ | 1. Telefónico pedagógico | 3209501567 | 11:11 | 11:27 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 4 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

Firma del agente educativo

---

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 02/06/2020 |
| | | Versión 3 | Página 2 de 2 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? | 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? | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? | 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) | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales) | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) | 25. Novedad 4. (Sedentarismo) | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada | |
| | SI / NO | SI / NO | Opción múltiple, ver opciones en instructivo | | | | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | EL NIÑO OSCAR MATHIAS LUGO PANTOJA, YA SE ENCUENTRA NUEVAMENTE CON SU MADRE DESDE AYER 2 DE AGOSTO. DOÑA GERALDINE PANTOJA CERON INFORMA QUE AHORA YA NO ESTÁ HOSPEDADA EN PUERTO ASIS, SI NO EN EL MUNICIPIO DE ORITO PUTUMAYO Y ESTARÁ ALLÍ DURANTE UN TIEMPO MIENTRAS QUE A SU COMPAÑERO LE HACEN UNOS CHEQUEOS MÉDICOS POR CAUSA DE UN ACCIDENTE DE TRANSITO QUE TUVO HACE ALREDEDOR DE 2 MESES. EN EL HOGAR QUE ACTUALMENTE ESTÁ, HABITAN CINCO PERSONAS. | 1 | 10/07/2020 | 09:00 |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 1 | 10/07/2020 | 09:30 |
| 3 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 1 | 10/07/2020 | 10:00 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | 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

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP \| 03/06/2020<br>Versión 3 \| Página 1 de 2<br>Clasificación de la Información:<br>Pública |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** ROSA PASTORA MORALES GOYES

**Fecha:** 03/08/2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** CDI BOSQUE ENCANTADO SEDE

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento | 7. Teléfono | 8. Hora inicio | 9. Hora final | 10. Llamada Exitosa | 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 | 16. Acceso a frutas y verduras |
| | | | Opción múltiple, ver opciones en instructivo | | | Opción múltiple, ver opciones en instructivo | | hh:mm | hh:mm | SI / NO | | | | | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA |
| 1 | **1109558567** | TOMAS YELA POSSO | 2. Cédula ciudadanía | 1.130.610.662 | LEONARDO YELA | 1. Telefónico pedagógico | 3183898233 | 08:20 | 08:35 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | **1140015343** | SALMA VICTORIA ORTIZ CUBILLOS | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.448.067 | DEYMER ORTIZ CABRERA | 1. Telefónico pedagógico | 3142084850 | 08:50 | 09:08 | SI | 6 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | hh:mm | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

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

---

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP \| 02/06/2020<br>Versión 3 \| Página 2 de 2<br>Clasificación de la Información:<br>Pública |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? | 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? | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? | 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) | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales) | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) | 25. Novedad 4. (Sedentarismo) | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada | |
| | SI / NO | SI / NO | Opción múltiple, ver opciones en instructivo | | | | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | SI / NO / NO APLICA | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 1 Es relaciona a una buena alimentacion inicial y complementaria, el cual abarca la importancia de suministar exclusivamente la latancia materna en los niños y niñas menores de 6 meses | 10/08/2020 | 08:10 |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 1 Es relaciona a una buena alimentacion inicial y complementaria, el cual abarca la importancia de suministar exclusivamente la latancia materna en los niños y niñas menores de 6 meses | 10/08/2020 | 08:30 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP<br>03/06/2020<br>Versión 3<br>Página 1 de 2<br>Clasificación de la Información: Pública |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** SOLANYI ESPERANZA ANACONA SOLANO

**Fecha:** 03-ago-20

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO 1

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 |
| 1 | 1.126.458.813 | JHISSAR AMRAAM LAGOS TORRES | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.452.879 | BERLY YURLANDI TORRES JIMENEZ | 1. Telefónico pedagógico | 3228159371 | 10:00 | 10:15 | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | NO |
| 2 | 1.126.458.615 | SAMUEL ALEJANDRO CHULDE REINA | 2. Cédula ciudadanía | 41.119.647 | SARA REINA POSO | 1. Telefónico pedagógico | 3214083135 | 10:20 | 10:35 | SI | 7 | 1 | 0 | 1 | SI | SI |
| 3 | 1.140.015.792 | ARIANA ISABELLA VILLAREAL DOMINGUEZ | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.455.998 | ADRIANA DOMINGUEZ | 1. Telefónico pedagógico | 3137151552 | 10:40 | 10:55 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

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

---

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP<br>02/06/2020<br>Versión 3<br>Página 2 de 2<br>Clasificación de la Información: Pública |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | 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. (Sedentarismo) 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. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | NO | 7. Otro | TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A LOS 5 AÑOS | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | madre manifiesta que no cuenta con los recursos necesarios para comprar frutas y verduras | 1 | 10/08/2020 | 10:00 |
| 2 | SI | NO | 7. Otro | TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A LOS 5 AÑOS | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 1 | 10/08/2020 | 10:20 |
| 3 | SI | NO | 7. Otro | TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A LOS 5 AÑOS | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 1 | 10/08/2020 | 10:40 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | 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

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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
| | Versión 3 | Página 1 de 2 |
| | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** MARIA SONIA TORO LEITON

**Fecha:** 03-ago-20

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO SEDE 1

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1140015673 | MARIA JOSE VANEGAS CORAL | 2. Cédula ciudadanía | 1126459041 | CAMILA VANEGAS | 1. Telefónico pedagógico | 3209543500 | 09:00:00 a.m. | 09:17:00 a.m. | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 9020278 | ELIU DAVID MENDOZA TUA | 3. Cedula de extranjería | 20498356 | BETSABE DEL CARMEN TUA PEROZO | 1. Telefónico pedagógico | 3202118371 | 10:00:00 a.m. | 10:15:00 a.m. | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | 1140015682 | ELIAN FELIPE GUERRERO ENRIQUEZ | 2. Cédula ciudadanía | 59821947 | MARIA HILDA DIAZ ACOSTA | 1. Telefónico pedagógico | 3108187154 | 02:30:00 p.m. | 02:45:00 p.m. | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 4 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

| | | |
|---|---|---|
| PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 02/06/2020 |
| | Versión 3 | Página 2 de 2 |
| | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada | |
| | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 1 Y13 | 10/08/2020 | 09:00:00 a.m. |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 1 Y 13 | 10/08/2020 | 10:30:00 a.m. |
| 3 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | LA PRACTICA FUE ORIENTADA A LA SEÑORA MARIA HILDA QUIEN PERMANECE AL CUIDADO DEL NIÑO. | 1 Y 13 | 10/08/2020 | 11:00:00 a.m. |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | 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 |

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 03/06/2020 |
| | Versión 3 | Página 1 de 2 |
| | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** LEIDY YOHANNA SANCHEZ

**Fecha:** 03/08/2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** BOSQUE ENCANTADO SEDE 1

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,6865E+12

| | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1126458300 | SAMARA ALEJANDRA MALPUD TULCAN | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.456.601 | LEIDY ELIZABETH TULCAN | 1. Telefónico pedagógico | 3114427412 | 09:30 | 09:50 | SI | 4 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1126458301 | SANTIAGO ALEJANDRO MALPUD TULCAN | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.456.601 | LEIDY ELIZABETH TULCAN | 1. Telefónico pedagógico | 3114427412 | 09:30 | 09:50 | SI | 4 | 2 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | 1083927685 | EMILY CABALLERO TORO | 2. Cédula ciudadanía | 1.061.805.089 | LEIDY YURANI TORO PORTILLA | 1. Telefónico pedagógico | 31444475385 | 02:00 | 02:15 | SI | 4 | 2 | 1 | 1 | SI | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

LEIDY YOHANNA
SANCHEZ

Firma del agente educativo

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

---

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 02/06/2020 |
| | Versión 3 | Página 2 de 2 |
| | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea “NO” , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 1 Y 13 | 10/08/2020 | 08:00 |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 1 Y 13 | 10/08/2020 | 08:00 |
| 3 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 1 Y 13 | 10/08/2020 | 02:15 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | 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 |

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

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