	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LMS.PP	03/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 04/08/2020

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 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	1.126.459.750	MARIANA ISABELLA PEJENDINO PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.445.799	EMMA CECILIA PEJENDINO PERENGUEZ	1. Telefónico pedagógico	3115037049	08:32	08:47	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1.126.143.828	EDGAR SAMUEL MENENDEZ CRUZ	2. Cédula ciudadanía	31.430.799	GLORIA ISLENY CRUZ CARMONA	1. Telefónico pedagógico	3223214087	08:53	09:10	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1.126.143.390	MIGUEL ANGEL RUIZ BARRERO	2. Cédula ciudadanía	98.386.055	LUIS HERIBERTO RUIZ BURBANO	1. Telefónico pedagógico	3202919013	09:24	09:40	SI	4	1	0	0	SI	SI
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

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

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	la señora Emma Pejendino da a conocer que a la niña le estan salendo unos orzuelos en los ojos, pero que no ha presentado ningun otro sintoma.	PRACTICAS : 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE	11/08/2020	09:30
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	la señora Gloria Cruz madre del menor da a conocer que no se ha presentado ninguna novedad dentro de su nucleo familiar.	PRACTICAS : 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE	11/08/2020	10:00
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	el seños Luis Ruiz manifiesta que el niño se encuentra bien al igual que el resto de la familia.	PRACTICAS : 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE	11/08/2020	14:40
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

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

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

AUXILIAR PEDAGOGICO CORONA

04 DE AGOSTO 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO
JUEGO LIMPIO

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68656E+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)	MARIA SALAZAR PERENGUEZ 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	1122342202	KEVIN FAVIAN PINTO DA TELLO	CEDULA DE CIUDADANIA	27.470.446	GLORIANNIS SOTTA EASTOAS	1. Telefónico pedagógico	3146769753	08: 00 am	08:20 a.m.	SI	6	1	NO	NO	SI	SI
2	1145015405	KAREN YINALET CARDENAS PORTILLA	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.457.010	YAIRL YHARINA CARDENAS PORTILLA	1. Telefónico pedagógico	3112227555	09:00 am	09:20 am	SI	4	1	NO	NO	SI	SI
3	1123957575	ARIADNA SALOME ACOSTA CHAPID	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.452.308	YERLENY CHAPID QUENGUAN	1. Telefónico pedagógico	3123226967	10:00 am	10:20 am	SI	5	2	NO	NO	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							

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 periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo 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 visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Ayertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ayertas 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 – huerto/as) 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		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y 02	12 DE AGST 2020	09:00
2	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y 02	12 DE AGST 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 02	12 DE AGST 2020	11:00 am
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

Firma del agente educativo

PROCESO
PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME/PP	02/06/2020
Versión 3	Página 2 de 2

Clasificación de la Información: Pública

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES VIGENTE, PUESTA A DISPOSICIÓN DE LOS TITULARES EN WWW.ICBF.GOV.CO

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/06/2020
Versión 3	Página 2 de 2

Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 04/06/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.8865E+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	1000930560	Mariangel Bastidas Acosta	2. Cédula ciudadanía	41.183.073	Olga Patricia Acosta Mera	1. Telefónico pedagógico	3124318920	10:00	10:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1120430712	Danna Sofia Meneses Burbano	2. Cédula ciudadanía	1.124.451.870	Doris Carolina Meneses	1. Telefónico pedagógico	3113712380	11:00	11:15	SI	4	1	0	1	SI	SI
3								hh:mm	hh:mm							
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							
20								hh:mm	hh:mm							

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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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 visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Redes 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			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que el padre no tiene empleo.	Practicas 1, 13 y semana de la lactancia materna.	11/06/2020	10:00
2	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que no tiene empleo.	Practicas 1, 13 y semana de la lactancia materna.	11/06/2020	11:00
3															dd/mm/aaaa	hh:mm
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
20															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Recuerde que este documento es una copia controlada, si se encuentra en una carpeta diferente a la ubicación del servidor, verifique que sea la última versión.
LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON SENSIBLES Y SOLO PUEDEN SER SUMINISTRADOS POR LA PERSONA TITULAR DE LOS MISMOS O SU REPRESENTANTE LEGAL

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Recuerde que este documento es una copia controlada, si se encuentra en una carpeta diferente a la ubicación del servidor, verifique que sea la última versión.
LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON SENSIBLES Y SOLO PUEDEN SER SUMINISTRADOS POR LA PERSONA TITULAR DE LOS MISMOS O SU REPRESENTANTE LEGAL

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LME.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LME.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: jessica Benavides Fernandez **04 DE AGOST 2020** **Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** Bosque encantado sede 1 **Código Unidad de Servicio (UDS):** 8,68953E+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	1075091852	Gabriel Santiago Ruales Alava	3. Cédula ciudadanía	1.003.803.409	Maye Trujillo Angie Alejandra	1. Telefónico pedagógico	6233599563	11:00 am	11:15 am	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	7531683	Emyerlyn Nazareth Zambrano Díaz	3. Cédula ciudadanía	26.333.733	emyerlyn Adelina Diaz Beltran	1. Telefónico pedagógico	3136485365	11:20 am	11:40 am	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1010457975	Erick Fabricio Lagos Guerron	3. Cédula ciudadanía	1.124.034.777	Erika Yeseny Guerron Gomez	1. Telefónico pedagógico	3148756222	01:00 pm	01:20 pm	SI	7	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							

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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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" , indique ¿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. (Ertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ertas 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	1.Otro	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	No	No	No	No	No	No		01 Y 03	12 DE AGOST 2020	09:00am
2	SI	NO	1.Otro	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	No	No	No	No	No	No	LA MADRE MANIFIESTA QUE LA NIÑA NO TIENE UN POQUITO DE DISPLACERO SOT AGRA	01 Y 03	12 DE AGOST 2020	10:00am
3	SI	NO	1.Otro	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	No	No	No	No	No	No		01 Y 03	12 DE AGOST 2020	11:00 am
4																dd/mm/aaaa	
5																dd/mm/aaaa	
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

JESSICA BENAVIDES

Firma del agente educativo

JESSICA BENAVIDES

Firma del agente educativo

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

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012.

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

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
F1.A1.LM8.PP | 02/06/2025
Versión 4 | Página 2 de 2
"Clasificación de la información"

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

Fecha: 28-abr-25

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CENTROS DE ENCANTADOS

Código Unidad de Servicio (UDS): 1536156

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACION DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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 seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Numero personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Numero de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alerta sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presencia situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Malos alimentarios – sobrepeso) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Malos alimentarios – huesitos) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las practicas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	30. Fecha y hora siguiente llamada hh:mm
1	1126458257	KYLIE RAMIREZ CAMPAÑA	2. Cédula ciudadanía	1126.458.450	LEIDY YULIZAA CAMPAÑA VILLA	1. Telefónico pedagógico	3183889238	2:00pm	2:15pm	SI	4	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CONTESTO EL TIO DE KYLIE EL CUAL MANIFIESTA QUE LA NIÑA EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA CON EL ANGELO PERO QUE ENVIARAN DE LA TARDE MENSAJE A LA CASA	PRACTICA 1. ALIMENTAR ADECUADAMENTE A NIÑOS Y NIÑAS DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS DE SU EDAD. PRACTICA 13 GENERAR EXPERIENCIAS A TRAVES DE JUEGOS, LA EXPLORACIÓN Y LA LITERATURA CON NIÑOS Y NIÑAS, ASÍ MISMO INFUNDIR EN LOS FAMILIAS LA LACTANCIA MATERNA	11/05/2025	9:00am
2	1140019404	JULIAN MORALES RIVERA	2. Cédula ciudadanía	1007.384.566	LUCIA FERNANDA MORALES RIVERA	1. Telefónico pedagógico	3114763215	2:20pm	2:35pm	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA MADRE DEL NIÑO TENDRA EL CELULAR APAGADO, SE LLAMO A LA ABUELA QUIEN SI ESTUVO EL MARIDITO QUE EL NIÑO SI ENCUENTRA MUY BIEN.	PRACTICA 1. ALIMENTAR ADECUADAMENTE A NIÑOS Y NIÑAS DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS DE SU EDAD. PRACTICA 13 GENERAR EXPERIENCIAS A TRAVES DE JUEGOS, LA EXPLORACIÓN Y LA LITERATURA CON NIÑOS Y NIÑAS, ASÍ MISMO INFUNDIR EN LOS FAMILIAS LA LACTANCIA MATERNA	11/05/2025	10:00am

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

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

Fecha: 04 -DE -AGOSTO -DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): ENCANTADO

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680031003307

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	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	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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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 seleccione 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 medico	22. Novedad 1. (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Redes 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
3	1.114.948.421	THIAGO LUNA ANDRADE	7. Tarjeta ciudadanía	69.054.561	MARTHA STEFANY MATAMOROS	1.Gestante	3015491556	9:45AM	10:00AM	SI	7	4	0	1	SI	SI	3	SI	SI	7.Otro	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/08/2020	9:00am
4	1.124.459.736	SAMUEL JOSE ROJAS PANTOJA	3. Cedula ciudadania	37.087.422	MAYERLI ALEN PANTOJA ORDOÑEZ	TELEFONICO PEDAGOGICO	3206923811	10:00AM	10:15AM	SI	6	2	0	0	SI	SI	4	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			12/08/2020	11:15am
5	905.130.558	YANELIS YUVANNA MORALES SIVIRA	3. Cedula ciudadania	28.278.470	RACIEL MIRELLY SIVIRA BELTRAN	TELEFONICO PEDAGOGICO	3115803840	11:15AM	11:25AM	SI	6	2	0	0	SI	NO	5	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			12/08/2020	11:20am
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11								hh:mm	hh:mm								11																
12								hh:mm	hh:mm								12																
13								hh:mm	hh:mm								13																
14								hh:mm	hh:mm								14																
15								hh:mm	hh:mm								15																
16								hh:mm	hh:mm								16																
17								hh:mm	hh:mm								17																
18								hh:mm	hh:mm								18																
19								hh:mm	hh:mm								19																
20								hh:mm	hh:mm								20																
21								hh:mm	hh:mm								21																
22								hh:mm	hh:mm								22																
23								hh:mm	hh:mm								23																
24								hh:mm	hh:mm								24																
25								hh:mm	hh:mm								25																

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/06/2020
Versión 3	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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

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

Fecha: 04-ago-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686000100307

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	1007213373	LAUREN MARIANA TOVAR RUALES	3. Cédula ciudadanía	1007521348	YULIANA ANDREA RUALES ORDOÑEZ	1. Telefónico pedagógico	3170823932	09:18	09:33	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1123418322	DANNA LUCIA SANTACRUZ TEJADA	3. Cédula ciudadanía	1123451038	AMARICCIO TEJADA GOMEZ	1. Telefónico pedagógico	3205161160	10:02	10:17	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1124667849	SAMUEL DAVID ALVARADO BURBANO	3. Cédula ciudadanía	1123455031	ALEJANDRA MILISETH BURBANO MONROY	1. Telefónico pedagógico	3209452914	10:31	10:46	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							

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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione 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. (Ataxia social) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ataxia emocional) 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	NO	NO	NO	NO	NO			11/08/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			11/08/2020	09:30
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			12/08/2020	09:00
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

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

P1.A1.L06.FP	02/06/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 04/06/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.08632-12

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	1129693136	SANTIAGO GUEVARA SALAZAR	3. Cedula ciudadania	1.126.447.655	MARTHA LUCIA SALAZAR CUELTAN	1. Telefonico pedagogico	3214912940	09:00	09:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1129693168	CROIX RAMIRO ARAUJO QUINAYAS	3. Cedula ciudadania	1.124.855.634	EMMA CAROLINA QUINAYAS	1. Telefonico pedagogico	3163210471	11:00	11:15	SI	5	1	0	1	SI	SI
3	7328451	CYNDI JESUS TORRALBA PEREZ	2. Cedula de extranjeria	22.341.459	CAROLINA PEREZ	1. Telefonico pedagogico	3146764548	11:20	11:35	SI	6	1	0	0	SI	SI
4	1123142162	ALLISON SOFIA BENAVIDEZ NIETO ACUAS	3. Cedula ciudadania	275.210	GLORIA NUBIA	1. Telefonico pedagogico	3114892386	02:00	02:15	SI	5	1	0	0	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							

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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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 visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Redes 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 12	11/06/2020	08:30
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	11/06/2020	09:45
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	11/06/2020	10:00
4	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 12	11/06/2020	10:20
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

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

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

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

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

Fecha: 04/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Local Alternativo ENCANTADO SECC

Codigo Unidad de Servicio (UDS): 8.6002E+12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACION DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
		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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione 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. (Presntes 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 numeros de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	7804812	SEBASTIN JOSE PERES CANELON	5. Cedula de extranjeria	27.814.459	MARIANGEL STEFANI CANELON	1. Telefónico pedagógico	4121547821	09:00	09:15	SI	4	2	0	0	SI	SI	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1-Se relaciona a una buena alimentacion inicial y complementaria, el cual aborca la importancia de suministar exclusivamente la lactancia materna en los niños y niñas menores de 6 meses	10/09/2020	09:00
2	1140015846	JUNIOR ESTEBAN GOMEZ	1. Cédula ciudadanía	1.124.454.685	BRYITH SONARA GOMEZ	1. Telefónico pedagógico	4218337456	09:20	09:35	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1-Se relaciona a una buena alimentacion inicial y complementaria, el cual aborca la importancia de suministar exclusivamente la lactancia materna en los niños y niñas menores de 6 meses	10/09/2020	09:30
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																								

Forma del agente educativo

Forma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD, PUESTA A DISPOSICIÓN EN LA PÁGINA WEB WWW.ICBF.GOV.CO Y EN LA LÍNEA GRATUITA NACIONAL 018000 91 8080 Y EN BOGOTÁ 437 7630 OPCIÓN 8.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD, PUESTA A DISPOSICIÓN EN LA PÁGINA WEB WWW.ICBF.GOV.CO Y EN LA LÍNEA GRATUITA NACIONAL 018000 91 8080 Y EN BOGOTÁ 437 7630 OPCIÓN 8.

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SOLANYI ESPERANZA AVILA OCHOA SOLANO

Fecha: 04-ago-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8-BBSS--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	1.126458.820	EMMANUEL JAGETH CASTILLO MOSQUERA	3. Cédula ciudadanía	1.126.457.653	ELISABETH MOSQUERA	1. Telefónico pedagógico	3216726887	10:00	10:15	SI	2	1	0	0	SI	SI
2	1.140.015.761	SHARITH SOFIA BELALCAZAR RIVEROS	3. Cédula ciudadanía	1.126.454.706	MARIA RIVELI RIVEROS	1. Telefónico pedagógico	3136115633	10:30	10:35	SI	4	1	0	0	SI	SI
3								hh:mm	hh:mm							
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							

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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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 seleccione 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. (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Redes 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	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	11/06/2020	10:00
2	SI	NO	7.Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A LOS 5 MESES	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	11/06/2020	10:20
3															dd/mm/aaaa	hh:mm
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

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	P1.A1.L06.FP	22/09/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	P1.A1.L06.FP	22/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 04-ago-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8-08835-12

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	1143015823	ALDREY VALERIA PINCHAO MALPUD	3. Cédula ciudadanía	1006947079	YENY CRISTINA PINCHAO MALPUD	1. Telefónico pedagógico	3205981392	10:30:00 a.m.	12:47:00 a.m.	SI	4	2	0	0	SI	SI
2	1143015922	JUAN SEBASTIAN CARLOSAMA ROSA	3. Cédula ciudadanía	1124547079	KARINA ROCIO ROSA VALLEJO	1. Telefónico pedagógico	3116556550	11:30:00 a.m.	11:45:00 a.m.	SI	6	2	0	0	SI	SI
3								Hora:m	Hora:m							
4								Hora:m	Hora:m							
5								Hora:m	Hora:m							
6								Hora:m	Hora:m							
7								Hora:m	Hora:m							
8								Hora:m	Hora:m							
9								Hora:m	Hora:m							
10								Hora:m	Hora:m							
11								Hora:m	Hora:m							
12								Hora:m	Hora:m							
13								Hora:m	Hora:m							
14								Hora:m	Hora:m							
15								Hora:m	Hora:m							
16								Hora:m	Hora:m							
17								Hora:m	Hora:m							
18								Hora:m	Hora:m							
19								Hora:m	Hora:m							
20								Hora:m	Hora:m							
21								Hora:m	Hora:m							
22								Hora:m	Hora:m							
23								Hora:m	Hora:m							
24								Hora:m	Hora:m							
25								Hora:m	Hora:m							

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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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", indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione 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 medico	22. Novedad 1. (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Redes 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	NO	NO	NO	NO	NO	la madre manifiesta que se dentro ya un miembro de la familia	1 Y 13	11/08/2020	10:30:00 a.m.
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 Y 13	11/08/2020	10:30:00 a.m.
3															dd/mm/aaaa	Hora:m
4															dd/mm/aaaa	Hora:m
5															dd/mm/aaaa	Hora:m
6															dd/mm/aaaa	Hora:m
7															dd/mm/aaaa	Hora:m
8															dd/mm/aaaa	Hora:m
9															dd/mm/aaaa	Hora:m
10															dd/mm/aaaa	Hora:m
11															dd/mm/aaaa	Hora:m
12															dd/mm/aaaa	Hora:m
13															dd/mm/aaaa	Hora:m
14															dd/mm/aaaa	Hora:m
15															dd/mm/aaaa	Hora:m
16															dd/mm/aaaa	Hora:m
17															dd/mm/aaaa	Hora:m
18															dd/mm/aaaa	Hora:m
19															dd/mm/aaaa	Hora:m
20															dd/mm/aaaa	Hora:m
21															dd/mm/aaaa	Hora:m
22															dd/mm/aaaa	Hora:m
23															dd/mm/aaaa	Hora:m
24															dd/mm/aaaa	Hora:m
25															dd/mm/aaaa	Hora:m

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ENTIDAD. PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL SIN AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL. COPIA CONTROLADA.

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ENTIDAD. PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL SIN AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL. COPIA CONTROLADA.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/08/2020
Versión 3	Página 2 de 2

Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 04/08/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.08632-12

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	1140210383	DILAN YESSID MUÑOZ GOMEZ	3. Cedula ciudadania	69.019.323	LUZDARY GOMEZ	1. Telefonico pedagogico	3202563657	10:30	10:45	SI	6	2	0	0	SI	SI
2	1123403638	ZOE ALEJANDRA CLARO VASQUEZ	3. Cedula ciudadania	126.453.369	SONIA EMILSON VASQUEZ	1. Telefonico pedagogico	3142386595	11:15	11:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1123403640	LINA SAMUEL GENAVIDEZ MORA	3. Cedula ciudadania	1.125.449.247	MARLENY NORALBA MORA SOLARTE	1. Telefonico pedagogico	3126543886	11:45	12:00	SI	4	1	0	0	SI	SI
4	1123403632	JHOEL BENJHAMIN RODRIGUEZ GARCIA	3. Cedula ciudadania	27.364.883	GLORIA VALLEJO VALLEJO	1. Telefonico pedagogico	3116521606	02:00	02:15		5	1	0	1	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							

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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Redes 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 12	11/08/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 12	11/08/2020	08:30
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 12	11/08/2020	10:00
4	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 12	11/08/2020	10:20
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

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

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

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