PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.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: 05/08/2020

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	1.126.459.377	JUAN FELIPE MARQUEZ CABEZAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.859	YUDY YURANY CABEZAS GONZALES	1. Telefónico pedagógico	3133664165	08:28	08:44	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	215.059.097-0	EMMANUEL GARCIA PALMA	2. Cédula ciudadanía	1.126.452.328	MARILEY CORDOBA MAFLA	1. Telefónico pedagógico	3219495756	08:56	09:13	SI	6	2	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

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 Yurany da a conocer que no se ha presentado ninguna novedad dentro de su nucleo familiar.	PRACTICAS: 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE	12/08/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Mariley cordoba tia del menor quien manifiesta que el niño como el resto de la familia se encuentran bien de salud	PRACTICAS: 1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE	13/08/2020	09:30
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 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP — 03/06/2020 Versión 3 — Página 1 de 2 Clasificación de la Información: Pública

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: AUXILIAR PEDAGOGICA CORONA MARIA SALAZAR PERENGUAZ

05 DE AGOT 2020

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

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	1130164900	ETHAN DANIELBOLAÑOS TAMAYO	CEDULA DE CIUDADANIA	1006994959	JOHANA NATHALY TAMAYO PLAZAS	1. Telefónico pedagógico	3203538314	08. 00 am	08:20 a.m.	SI	4	1	NO	1	SI	SI
2	1126457772	JHOSELEYN TAMARA MENDEZ ZAMBRANO	CEDULA DE CIUDADANIA	1007816288	YULI JULIANA ZAMBRANO SALAZAR	1. Telefónico pedagógico	3132336316	09:00 a.m.	09. 20 am	SI	3	1	NO	NO	SI	SI
3	1126457749	JAZMIN ALEJANDRA PINCHAO PIMCHAO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.455.683	DEISY ZULENY PINCHAO PANTOJA	1. Telefónico pedagógico	3208372272	10.00 am	10.20 am	SI	4	2	NO	NO	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							

Corona maria Salazar p

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP — 02/06/2020 Versión 3 — Página 2 de 2 Clasificación de la Información: 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? 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	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SIGUE SIN EMPLEO PERO REALIZA OTRAS ACTIVIDADES PRACTICAN BASTANTE EJERCICIOS	01 Y 13	13 DEEAGOST 2020	08:00 a.m.
2	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y 13	13 DEEAGOST 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	13 DEEAGOST 2020	10.00 am
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

Corona maria Salazar p

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 05/08/2020

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	1140015754	Alice Salome Cuchala Andrade	2. Cédula ciudadanía	1.085.309.100	Yenny Katherine Andrade	1. Telefónico pedagógico	3232452111	10:00	10:15	SI	5	1	0	0	SI	NO
2	1140015751	Lian Alejando Sanchez Asprilla	2. Cédula ciudadanía	1.077.438.465	Leidy Asprilla Palacios	1. Telefónico pedagógico	3136968804	14:00	14:15	SI	3	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							
25								hh:mm	hh:mm							

Maria Chavez

Firma del agente educativo

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020
	Versión 3	Página 2 de 2
	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			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 ya que perdio su trabajo.	Practicas 1, 13 y semana de la lactancia materna.	12/08/2020	10:00
2	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.	12/08/2020	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
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Maria Chavez

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 FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	03/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.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 **05 DE AGOSTO 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	1140015468	Sara Sofia Montes Saavedra	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.180	Saavedra RIvera Eris Julieth	1. Telefónico pedagógico	3123502149	09:00am	09:15am	SI	5	1	0	0	SI	SI
	1130164911	Gabriela Yañez Quijano	2. Cédula ciudadanía	87573190	Yañez Fajardo Juan Pablo	1. Telefónico pedagógico	3165367524	10::00am	10:15am	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1126457879	Juan Felipe Betancourutht sanabria	2. Cédula ciudadanía	1126452552	Magda Lorena Sanabria Charria	1. Telefónico pedagógico	3135123671	11::00:am	11:15am	SI	5	1	0	1	SI	SI
4																
5																
6																
7																
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							

	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? 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	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y 13	13 DE AGOST 2020	09:00am
2	SI	NO	7. Otro	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y 13	13 DE AGOST 2020	10::00am
7	SI	NO	7. Otro	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y 13	13 DE AGOST 2020	11::00:am
1																
2																
7																
1																
8																
9																
10																
11																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

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 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: 05-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 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	1140015642	YHOSEDL ALEX SANTIAGO ARIAS GETIAL	2. Cédula ciudadanía	1.122.337.411	DANNI LUCIA GETIAL	1. Telefónico pedagógico	3208528372	9:00am	09:15am	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1140015645	DOMINICK JULIAN CORAL ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1.125.408.349	LEYDI VIVIANA ROSERO BOLANOS	1. Telefónico pedagógico	3188499730	9:20am	9;35am	SI	4	1	0	0	SI	SI

Firma del agente educativo

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

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	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	12/08/2020	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	12/08/2020	10:00am

Firma del agente educativo

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

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

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

Fecha: 05- 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 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
3	1.126.459.247	DILAN ADRIAN CAICEDO CADENA	2. Cédula ciudadanía	1.006.996.923	ANGELA PATRICIA CADENA	TELEFONICO PEDAGOGICO	3126345784	9:00AM	9:15 AM	SI	5	1	0	0	SI	SI
4	1.126.459.419	ASLY CRISTINA CHANDILLO LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.006.996.973	ANGIE CRISTINA LOPEZ HERMOSA	TELEFONICO PEDAGOGICO	3204290654	10:30AM	10:45AM	SI	4	1	0	2	SI	SI
5	1.124.868.374	ASDRIT SAMARA SEGURA BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	1.006.996.123	JESSICA JULIETH BENAVIDEZ	TELEFONICO PEDAGOGICO	3209718150	8:25AM	8:40AM	SI	4	2	0	1	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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		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.	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) 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
6	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	13/08/2020	10:00AM
7	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	13/08/2020	8:30AM
8	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	13/08/2020	2:00PM
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 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 5 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500100307

	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	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	1126143274	KEYLER MATHIUS LLERENA HIDROBO	3. Cedula de extranjeria	210043662-1	EDWIN FERNEY LLERENA	1. Telefónico pedagógico	3115147003	10:00	10:20	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	9393842	DYLAN SANTIAGO CABRERA URDANETA	3. Cedula de extranjeria	27.955.197	DARLYN URDANETA	1. Telefónico pedagógico	3209919785	10:20	10:40	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1126459177	JHOSTIN SAID ARANGO MENESES	2. Cédula ciudadanía	41.117.687	ORTENSIA MENESES	1. Telefónico pedagógico	3154699897	10:40	11:00	SI	3	1	0	0	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:	

	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?	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	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1	12-ago-20	10:00
2	SI	SI	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1	12-ago-20	10:20
3	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1	12-ago-20	10:40

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 05/08/2020

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	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	1011108568	JHON ALEXANDER LOPEZ SUARES	2. Cédula ciudadanía	1.126.444.656	CONCHA DEL PILAR MONTENEGRO	1. Telefónico pedagógico	3183410486	10:00	10:15	SI	4	1	0	2	SI	SI
2	1126458067	ALISSON SALOME ERASO CHAVES	2. Cédula ciudadanía	108.594.315	ANGELA BRIYIHT CHAVES ESTRADA	1. Telefónico pedagógico	3157817019	10:20	10:35	SI	6	1	0	0	SI	SI
3	1126457340	THIAGO ACOSTA ESTRADA	2. Cédula ciudadanía	27.168.594	ROCIO DEL CARMEN ESTRADA POSSO	1. Telefónico pedagógico	3222012391	02:00	02:15	SI	2	1	0	0	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							

MAILY YIZELA
FAJARDO

Firma del agente educativo

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020
	Versión 3	Página 2 de 2
	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?	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			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	EL ABUELO DEL USUARIO USA INHALADORES HACE TIEMPO	1 Y 13	12/08/2020	10:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	12/08/2020	10:20
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	12/08/2020	02:00
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

MAILY YIZELA FAJARDO

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 05-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 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	1140015797	IAN SANTIAGO SAAVEDRA RIVERA	2. Cédula ciudadanía	1126453907	ANGELA JISETH SAAVEDRA RIVERA	1. Telefónico pedagógico	3209223446	09:25	09:40	SI	5	1	0	0	SI	SI
2	1126459066	MIRIAM CELESTE ORDOÑEZ LUCERO	2. Cédula ciudadanía	1126456312	DEISY YOLANDA ORDOÑEZ LUCERO	1. Telefónico pedagógico	3204385572	10:16	10:31	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1140015814	ADAM MARTIN FAJARDO PIEDRAHITA	2. Cédula ciudadanía	1126451710	YENSY GERALDINE PIEDRAHITA MONROY	1. Telefónico pedagógico	3229450914	11:01	11:16	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							

Mayerli Ortega G.

Firma del agente educativo

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020
	Versión 3	Página 2 de 2
	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	NO	NO	NO	NO	NO		1	12/08/2020	09:30
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	13/08/2020	09:00
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	13/08/2020	09:30
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

Mayerli Ortega G.

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 FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	03/06/2020
	Versión 3	Página 1 de 2
	Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 05/08/2020

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 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	1126142938	SARA GADRIELA SANTRACRUZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.451.058	ANA ROCIO TEJADA	1. Telefónico pedagógico	3208161180	09:45	10:05	SI	3	2	0	0	SI	SI
2	1126457550	VALERI FERNANDA CARDENAS GUERRERO	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.550	ROSA GUERRERO-	1. Telefónico pedagógico	3218134546	10:18	10:37	SI	3	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

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020
	Versión 3	Página 2 de 2
	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
5	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 Es relaciona a una buena alimentacion inicial y	12/08/2020	10:00
6	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 Es relaciona a una buena alimentacion inicial y	12/08/2020	10:30
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 05-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	1.029.969.060	VALERY MELISA MACIAS CHILGUESO	2. Cédula ciudadanía	1.114.120.232	FLOR YASMIN CHILGUESO	1. Telefónico pedagógico	3124120288	10:00	10:15	SI	7	1	0	1	SI	SI
2	1.130.164.961	DILAN SEBASTIAN ANDRADE HERNANDEZ	2. Cédula ciudadanía	1.114.827.314	MARCELA HERNANDEZ SANTANDER	1. Telefónico pedagógico	3153628527	10:20	10:35	SI	11	2	1	1	SI	SI
3																
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

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020
	Versión 3	Página 2 de 2
	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	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	12/08/2020	10:00
2	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	12/08/2020	10:20
3																
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

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

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

Fecha: 05-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	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	1126143089	KIMBERLY SELEN PESCADOR YELA	2. Cédula ciudadanía	69028159	MARIA NELLY DIAS	1. Telefónico pedagógico	3138584303	10:00:00 a.m.	10:18: a. m.	SI	6	1	0	0	SI	SI
2	1126458503	JHOJAN STIVEN BENAVIDES SUARES	2. Cédula ciudadanía	1006949105	SANDRA MILENA SUAREZ HOYOS	1. Telefónico pedagógico	3138657900	11:00:00 a.m.	11:15:00 a.m.	SI	4	2	0	0	SI	NO
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							

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020	
	Versión 3	Página 2 de 2	
	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?	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 y13	12/08/2020	10:30:00 a.m.
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	La madre manifesto que no tenia frutas y verduras devido a que lo que elle gana solo le alcansa para para lo nesesario	1 y13	12/08/2020	11:00:00 a.m.
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

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 05/08/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO SEDE

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	1126459883	CRISBEL VALENTINA SUJAA GOYENECHE	2. Cédula ciudadanía	1.124.868.860	CRISALIDA GOYENECHE	1. Telefónico pedagógico	3153199082	09:30	09:45	SI	5	1	1	0	SI	SI
2	1140015368	SHAYLA SALOME ARROYO OVIEDO	2. Cédula ciudadanía	41.117.914	VILMA MARIA OVIEDO	1. Telefónico pedagógico	3143582286	10:00	10:15	SI	11	2	0	2	SI	SI
3	1126457354	MARIA SALOME CARLOSAMA REINA	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.078	CARINA ROCIO REINA VALLEJO	1. Telefónico pedagógico	3118856051	10:30	10:45	SI	5	2	0	1	SI	SI
4	7032654	CHRISTIAN ALEJANDRO RAMIREZ CAMACHO	3. Cedula de extranjeria	18.618.447	MAIKEL ANTONIO RAMIREZ	1. Telefónico pedagógico	3223232723	10:50	11:05	SI	8	2	1	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							

LEIDY YOHANNA
SANCHEZ

Firma del agente educativo

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

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020
	Versión 3	Página 2 de 2
	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	12/08/2020	09:30
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	12/08/2020	10:00
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	12/08/2020	10:20
4	SI	SI			0	0	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO TIENE FRUTAS Y VERDURAS POR FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	1 Y 13	12/08/2020	10:45
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!