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: 06/08/2020

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	1.126.459.662	SARA VALENTINA CORDOBA ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.648	ANGIE VIVIANA ROJAS MARTINEZ	1. Telefónico pedagógico	3143925551	09:16	09:35	SI	4	2	0	0	SI	SI
2																
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	se establece comunicación con la señora Angie Rojas madre de la menor quien da a conocer que no se ha presentado ninguna novedad dentro del nucleo familiar. .	PRACTICAS :1 RETO: AMAMANT-ARTE NUTRITIVAMENTE	14/08/2020	09:00
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

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

06 DE AGOST 2020

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

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	1140015378	KEVIN CAMILO ROJAS CARLOSAMA	CEDULA DE CIUDADANIA	1006788628	SARITA YOLIMAR CARLOSAMA SALAZAR	1. Telefónico pedagógico	3144756471	08. 00 am	08:20 a.m.	SI	4	1	NO	0	SI	SI
2	1140015401	DYLAN ALEXANDER BENAVIDES VERA	CEDULA DE CIUDADANIA	27.354.550	DORYS OTAYA	1. Telefónico pedagógico	3133499369	09:00 a.m.	09. 20 am	SI	5	1	NO	2	SI	SI
3	1130164893	MANUELA ALEJANDRA ALVAREZ GOMEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1.130.606.458	DEISY YAZMIN GOMEZ INSUASTY	1. Telefónico pedagógico	3219328218	10:00 a.m.	10:20 a.m.	SI	4	1	NO	0	SI	SI
4	713	ISAIAS DANIEL LUCENA VALDEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	24572735	MARIA ANGELA VALDEZ	1. Telefónico pedagógico	3223258323	11.00 am	11:20	SI	4	2	NO	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							

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	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y13	14 DE AGOST 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 Y13	14 DE AGOST 2020	09.00 am
3	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y13	14 DE AGOST 2020	10.00 am
4	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 Y13	14 DE AGOST 2020	11:00 a.m.
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

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: 06/08/2020

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	1126143030	Gael Ardila Rojas	2. Cédula ciudadanía	1.127.071.294	Yurley Ardila Rojas	1. Telefónico pedagógico	3173593760	10:00	10:15	SI	3	1	0	0	SI	NO
2	1126459003	Sara Martthina Dussan Galindo	2. Cédula ciudadanía	1.075.232.754	Eliana Dussan	1. Telefónico pedagógico	3188129425	11:00	11:15	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1126458775	Dylan Andrey Gerena Hernandez	2. Cédula ciudadanía	41.121.034	Girley Sonia Hernandez	1. Telefónico pedagógico	3102479884	14:00	14:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
4	1126143099	Valery Salome Erazo Silva	2. Cédula ciudadanía	1.006.997.407	Luisa Fernanda Silva Riascos	1. Telefónico pedagógico	3209614023	15:00	15:15	NO	2	1	0	0	SI	SI
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							

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 | 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			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	SI	La madre manifiesta que ha cambiado el horario de consumir los alimentos ya que duerme mas de los normal y manifiesta que ha perdido su trabajo..	Practicas 1, 13 y semana de la lactancia materna.	13/08/2020	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.	13/08/2020	11:00
3	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.	13/08/2020	14:00
4	SI	SI			NA	NA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Se realizaron llamadas, y se le dejaron mensajes po r WhatsApp pero no hubo respuesta el dia de ayer, y el dia de hoy tampoco hubo respuesta. Ademas que no responden desde la otra semana.	Practicas 1, 13 y semana de la lactancia materna.	13/08/2020	15:00
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

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: jessica Benavides Fernandez

06 DE AGOST 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	1126457804	Marlhen Gabriela Quintero Chingal	2. Cédula ciudadanía	1.126.452.683	Chingal Claaudia Ximena Hualpa	1. Telefónico pedagógico	3127430988	11 30 am	11.45 am	SI	4	2	0	0	SI	SI
	1126457819	Lauren Samay Montoya Vargas	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.129	Leidy Viviana Vargas Pascal	1. Telefónico pedagógico	3123904903	11.50 am	12.10 pm	SI	7	2	0	0	SI	SI
3	1030083190	Laura Isabella Enrriquez Galindo	2. Cédula ciudadanía	1.060.206.842	Yessica Lorena Galindo	1. Telefónico pedagógico	3113833626	01 .00 pm	01.15 pm	SI	3	1	0	1	SI	SI
4	1126142260	Dominick Jhosuet Rivera Cueltan	2. Cédula ciudadanía	1.126.452.143	Paola Andrea Cueltan Quiroz	1. Telefónico pedagógico	3217225435	01 .20 pm	01:40	SI	2	1	0	0	SI	SI
5																
6																
7																
8																
9								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							

Jessica Benavides
Fernandez

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	NO	7. Otro	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 y 13	14 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	14 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	14 DE AGOST 2020	11::00am
1	SI	NO	7. Otro	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		01 y 13	14 DE AGOST 2020	01:00pm
2																
7																
1																
8																
9																
10																
11																
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Jessica Benavides Fernandez

Firma del agente educativo

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

	PROCESO 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: 06-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	1140015631	VALERY SOFIA RODRIGUEZ ORDOÑEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.449.653	CONSUELO DEL CARMEN ORDOÑEZ QUISTANCHALA	1. Telefónico pedagógico	3132008673	9:00am	9:15am	SI	7	3	0	0	SI	SI
2	1127216707	ANDRES FELIPE GOMEZ VELA	2. Cédula ciudadanía	1.127.216.707	DORA LILIA VELA BOHORQUEZ	1. Telefónico pedagógico	3214232642	9:30am	9:45am	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1029605229	ELIE SAMARA MORALES CARDONA	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.840	YESSICA ALEJANDRA CARDONA RIVERA	1. Telefónico pedagógico	3212389462	10:00am	10:15am	SI	3	1	0	0	SI	SI
4	1126458520	EDDY SAMUEL CISNEROS BECERRA	2. Cédula ciudadanía	1.086.133.401	NHORA MILENA BECERRA DAZA	1. Telefónico pedagógico	3228658272	10:30am	10:45am	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:	

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.	13/08/2020	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.	13/08/2020	10:00am
3	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRÁCTICA 1. ALIMENTAR ADECUADAMENTE A NIÑOS Y NIÑAS DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE SU EDAD. PRACTICA 13 GENERAR EXPERIENCIAS A TRAVÉS DE JUEGOS, LA EXPLORACIÓN Y LA LITERATURA CON NIÑOS Y NIÑAS, ASÍ MISMO DIFUNDIR EN LAS FAMILIAS LA LACTANCIA MATERNA.	14/08/2020	9:00am
4	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA MADRE MANIFIESTA QUE EL DÍA DE AYER LLEVÓ AL NIÑO AL MEDICO YA QUE LE PRESENTABA FIEBRE. COMO RESULTADO LE DIJERON QUE TENIA INFECCIÓN URINARIA Y LE RECETARON AMPISCILINA Y ACETAMINOFEN. EL DIA DE HOY SE ENCUENTRA MUY BIEN EL NIÑO Y LE ESTA SUMINISTRANDO LOS MEDICAMENTOS.	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.	14/08/2020	10:00am

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: LIDIA MARIANA BURGOS HERNANDEZ

Fecha: 06- 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	1.126.459.265	MEYLIN SOFIA HOYOS VELASCO	2. Cédula ciudadanía	1.126.456.465	DUVY AYLEN HOYOS VELASCO	TELEFONICO PEDAGOGICO	3136421110	8:40AM:	8:55AM	SI	3	1	0	0	SI	SI
4	1.126.459.492	YEIMY SALOME YOGE ZAMBRANO	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.711	ADRIANA MARCELA ZAMBRANO	TELEFONICO PEDAGOGICO	3209299852	11:30AM:	11:45AM	SI	4	2	0	0	SI	SI
5																
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 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
9	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	13/08/2020	2:30PM
10	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	13/08/2020	3:00PM
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 6 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500100307

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1126459140	SAMUEL NICOLAS MENA LEYTON	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.870	AYLENN DAYANA LEYTON	1. Telefónico pedagógico	3212707036	10:00	10:20	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1123319128	YISETH MARIANA MITICANOY MADROÑERO	2. Cédula ciudadanía	1.193.130.988	GINA MARCELA MADROÑERO	1. Telefónico pedagógico	3103105277	10:20	10:40	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:

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1	13-ago-20	10:00
2	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1	13-ago-20	10:20

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: 06/08/2020

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

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1233900828	ISABEL LUCIA CAPATAZ SEQUEA	2. Cédula ciudadanía	1019097467	RUT MAILY CAPATAZ	1. Telefónico pedagógico	3155603430	09:00	09:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1126142413	CRISTY VALENTINA PERENGUEZ MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	1.061.016.267	LILIANA TORRES	1. Telefónico pedagógico	3202673144	09:20	09:35	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1123315744	DILAN CAMILO SANCHEZ TORO	2. Cédula ciudadanía	1.123.107.774	ANGELA PAOLA TORO CAICEDO	1. Telefónico pedagógico	3142663797	09:40	09:55	SI	3	1	0	0	SI	SI
4	1126458201	MARIA ALEJANDRA ZAMBRABO CORDOBA	2. Cédula ciudadanía	11.264.581.182	LUISA FERNANDA CORDOBA	1. Telefónico pedagógico	31075829912	10:00	10:15	SI	3	1	0	2	SI	SI
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

MAILY FAJARDO

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	13/08/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	13/08/2020	09:20
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	14/08/2020	09:40
4	SI	SI			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	14/08/2020	10:00
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

MAILY FAJARDO

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: MAYERLIN ORTEGA GUTIERREZ

Fecha: 06-ago-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500100307

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento	7. Teléfono	8. Hora inicio	9. Hora final	10. Llamada Exitosa	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar	16. Acceso a frutas y verduras
			Opción múltiple, ver opciones en instructivo			Opción múltiple, ver opciones en instructivo		hh:mm	hh:mm	SI / NO					SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA
1	750	ROSANGELA ANTONELLA CASTAÑEDA SALAZAR	2. Cédula ciudadanía	41120389	MARIA JANETH GUERRERO ORDOÑEZ	1. Telefónico pedagógico	3115105332	10:22	10:37	SI	8	2	0	0	SI	SI
2	1081064990	SOFIA SALOME PAZ QUEMAG	2. Cédula ciudadanía	41182310	MARTHA CECILIA QUEMAG VALLEJO	1. Telefónico pedagógico	3125567630	11:06	11:21	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							
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?	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	SE REALIZA EL ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO A LA SEÑORA MARIA JANET GUERRERO, ELLA ES LA CUIDADORA Y ACUDIENTE DE LA MENOR Y ES QUIEN REALIZA LOS RETOS DE CUIDADO Y CRIANZA EN SU HOGAR.	1	14/08/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	14/08/2020	09:30
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

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: 06/07/2020

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	1140015355	SARHA CAIPE LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.087.046.678	DILSA LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3148970824	**08:10**	8.25	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1126457394	ANGELY SOFIA PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	32.795.302	CLARIZA MERINO VEGA	1. Telefónico pedagógico	3202831583	**08:30**	08:50	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1126142032	ANYELIQUE SOFIA TREJOS PALECHOR	2. Cédula ciudadanía	1.004.268.947	YUDY MANUELAPALECHOR	1. Telefónico pedagógico	3102001689	**09:00**	9.15	SI	6	3	0	0	SI	SI
4	1030083211	JUAN SEBASTIAN CORREA VELASQUEZ	2. Cédula ciudadanía	69.021.649	DIANA CRISTINA VELASQUE CORREA	2. Telefónico seguimiento	3107874967	**9.25**	9.40	SI	3	1	0	0	SI	SI
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

Firma del agente educativo

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 Es relaciona a una buena alimentacion inicial y	13/08/2020	11:00
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 Es relaciona a una buena alimentacion inicial y	13/08/2020	11.35
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 Es relaciona a una buena alimentacion inicial y	13/08/2020	02:00
4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 Es relaciona a una buena alimentacion inicial y	13/08/2020	02:30
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: 06-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	9.309.826	YAIBERSON MATIAS MORALES SIMRA	2. Cédula ciudadanía	28.278.475	MASIEL MIREYI SIMRA BELTRAN	1. Telefónico pedagógico	3115803840	10:00	10:15	SI	6	2	0	0	SI	NO
2	1.126.143.101	ERICK YANN IMBACUAN CIFUENTES	2. Cédula ciudadanía	27.442.699	ALEIDA NICELA ERAZO VALDEZ	1. Telefónico pedagógico	3204979481	10:20	10:35	SI	4	1	0	0	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	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	madre manifiesta que con el dinero que gana su esposo solo compra lo necesario y deves en cuando consumen frutas y verduras.	1	13/08/2020	10:00
2	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A LOS 5 AÑOS	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	13/08/2020	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: 06-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 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	1126458509	MARIA JOSE VALDEZ RUALES	2. Cédula ciudadanía	1126449954	JANER ANDRES VALDEZ CABRERA	1. Telefónico pedagógico	3124100043	10:00:00 a.m.	10:16:00 a.m.	SI	5	1	0	0	SI	SI
2	1140015683	SANTIAGO ENRIQUEZ AVILA	2. Cédula ciudadanía	1140015683	DILIA ALEJANDRA AVILA CASTRO	1. Telefónico pedagógico	3214285590	10:20:00 a.m.	10:35:00 a.m.	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1126458482	MATIUW JHONAS ITUYAN ZAMBRANO	2. Cédula ciudadanía	1126457963	LIZETH NATHALIA ZAMBRANO	1. Telefónico pedagógico	3219480256	11:40:00 a.m.	11:55:00 a.m.	SI	4	2	0	0	SI	SI
4	1126143126	ARIADNA SALOME CUARAN MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	1075278159	LUZ ADRIANA MARTINEZ PIMENTEL	1. Telefónico pedagógico	3102729490	02:20:00 p.m.	02:36:00 p.m.	SI	4	1	0	0	SI	SI
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

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	NO	NO	NO	NO	NO		1 y13	13/08/2020	10:30:00 a.m.
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 y13	13/08/2020	11:00:00 a.m.
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 y13	14/08/2020	10:30:00 a.m.
4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 y13	14/08/2020	11:00:00 a.m.
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

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: LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Fecha: 06/08/2020

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	1126458454	JHOJAN SMITH LONDOÑO GILON	2. Cédula ciudadanía	41.121.047	ESPERANZA LONDOÑO GILON	1. Telefónico pedagógico	3132013987	09:00	09:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	7532136	ARON ANTONIO ESAA BELTRAN RODRIGUEZ	3. Cedula de extranjeria	24.420.197	NAUKARY YELT FIM RODRIGEZ	1. Telefónico pedagógico	3124077182	10:00	10.15	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1144636446	DILAN SAMUEL ARCOS SOTO	2. Cédula ciudadanía	1.073.237.204	JASBLEIDY SOTO	1. Telefónico pedagógico	3133831862	10:20	10:35	SI	3	1	0	0	SI	NO
4	1126457929	RAFAEL JHUNNIOR PALTA LOZADA	2. Cédula ciudadanía	41.119.327	GLORIA MILENA LOZADA ANDRADE	1. Telefónico pedagógico	3125637949	10:45	11:00	SI	4	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							

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	13/08/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1 Y 13	13/08/2020	09:20
3	SI	SI			0	0	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO CUENTA CON FRUTAS Y VERDURAS POR FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	1 Y 13	14/08/2020	09:00
4	SI	SI			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	EL HERMANO MAYOR DEL USUARIO ES ASMATICO	1 Y 13	14/08/2020	09:20
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

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