	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: CLARIPSA VELOSA CICERI

Fecha: 11-ago-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SEMBRANDO SEMILLAS DE ESPERANZA

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	1126458186	ELIAN DAVID LONDOÑO MORALES	2. Cédula ciudadanía	1126455806	FLOR ZULEIMA MORALES ZAMBRANO	1. Telefónico pedagógico	3174869285	09:00	09:15	SI	2	1	NO	NO	SI	SI
2	1126458317	FAIER YAIR MORALES IBARRA	2. Cédula ciudadanía	1126445553	SORAIDA IBARRA ORTEGA	1. Telefónico pedagógico	3167681837	9;30	09:45	SI	3	1	NO	NO	SI	SI
3	1126458731	JULIAN DAVID ESPINOSA GOMEZ	2. Cédula ciudadanía	1006998641	LEIDY VIVIANA GOMEZ URREA	1. Telefónico pedagógico	3156791351	10:00	1O:15	SI	3	1	NO	NO	SI	SI
4																
5																
6																
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

Claripsa Velosa C

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	17/08/2020	09:00
2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	17/08/2020	09:30
3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	17/08/2020	10:00
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

Clariosa Velosa C

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: LUZ MIRYAM ROJAS MORA

Fecha: 11 DE AGOSTO 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SEMBRANDO SEMILLAS DE ESPERANZA EL TIGRE

Código Unidad de Servicio (UDS): 660050011295

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	1140811822	JHOSTIN ANDRES ARTUNDUAGA BRAVO	2. Cédula ciudadanía	27.309.347	MARTHA ESTELA BRAVO MADROÑERO	1. Telefónico pedagógico	3105198693	10:00 a.m.	10:15 a.m.	SI	5	1			SI	SI
2	1126403629	ZULIMAR ANDREINA YELA GARCIA	2. Cédula ciudadanía	28.868.863	ZULIMARI GARCIA VOLCAN	1. Telefónico pedagógico	3164883202	10:30 a.m.	10:45 a. m.	SI	5	2			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							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Redes emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMADE VACUNACION			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	19/08/2020	10:00 a. m.
2	SI	NO	7. Otro	USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMADE VACUNACION			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	19/08/2020	10:30 a. m.
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

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON DE USO EXCLUSIVO PARA EL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL CRECER. LEY 1581 DE 2012 DE HABEAS DATA

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON DE USO EXCLUSIVO PARA EL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL CRECER. LEY 1581 DE 2012 DE HABEAS DATA

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

PI-A1-1403.PP	03/08/2020
Versión:3	Página 7 de 2

Clasificación de la Información: Pública

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SANDRA MILENA CUARAN BENAVIDES

Fecha: 11/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CDI SEMBRANDO ESTRELLAS
Con convivencia

Código Unidad de Servicio (UDS): 8900013368

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha asistido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccionar en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cuál.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Visitas suicidas) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Visitas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Personas situaciones de vulnerabilidad en hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Desplazados) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Niñitos alimentaria - nutricional) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Niñitos alimentaria - forestina) 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	1124488096	ELVIN FELIPE SANCHEZ GOMEZ	2. Cédula ciudadanía	1124488890	LIRIS GOMEZ	1. Telefónica pedagógica	3182586536	10:20am	10:30am	SI	4	1	0	0	SI	SI	SI	SI	7. Otro	ella tuvo.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA		1 y 2	13/08/2020	10:00am
2	1088139323	BEIBIN GABRIEL TORO GIL	2. Cédula ciudadanía	1124488889	ANA GIL	1. Telefónica pedagógica	3164233520	09:00am	09:10am	SI	3	1	0	0	SI	SI	SI	SI	7. Otro	ella tuvo.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 y 2	13/08/2020	09:20am
3																																
4																																
5																																
6								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
7								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
8								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
9								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
13								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
14								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm																						hh:mm	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Este formato es de propiedad de la Subdirección de Promoción y Prevención de la Secretaría de Salud de Medellín. Cra. 55 # 42 - 101 Of. 401

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SANDRA MILENA VEGA CORTES

Fecha: 11-jul-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SEMBRANDO SEGUIMOS DE CASCAJAL

Código Unidad de Servicio (UDS):

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	1132016895	GALOMIS PICTIVI	3. Cedula ciudadania	1.126.457.760	YUDI T.ATAMA MUÑOZ GOMEZ	1. Telefonico pedagógico	3183862272	8:52	9:12AM	SI	5	1			SI	SI
2	1123653756	HEIDER URBANO	3. Cedula ciudadania	18.158.767	CAMPO ELIAS MORENO QUETA	1. Telefonico pedagógico	3117344872	9:54	10:16AM	SI	3	1			SI	SI
3	1123653828	CARLOS EDUARDO YELAGARCIA	3. Cedula ciudadania	20.958.863	ZULMARI MAYARD GARCIA VOLCAN	1. Telefonico pedagógico	3184693302	10:54	11:12a.m.	SI	5	2			SI	SI
4																
5																
6																
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Ayertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ayertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – 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	EL USUARIO TIENE SU CARNET DE VACUNACION AL DIA			NO	NO	NO	NO	NO	SI		1	17-ago	2:00
2	SI	NO	7.Otro	EL USUARIO TIENE SU CARNET DE VACUNACION AL DIA			NO	NO	NO	NO	NO	SI		1	17-ago	3:00:00
3	SI	NO	7.Otro	EL USUARIO TIENE SU CARNET DE VACUNACION AL DIA			NO	NO	NO	NO	NO	SI		1	17-ago	10:00
4																	
5																	
6																	
7																dd/mm/aaaa	Motivo
8																dd/mm/aaaa	Motivo
9																dd/mm/aaaa	Motivo
10																dd/mm/aaaa	Motivo
11																dd/mm/aaaa	Motivo
12																dd/mm/aaaa	Motivo
13																dd/mm/aaaa	Motivo
14																dd/mm/aaaa	Motivo
15																dd/mm/aaaa	Motivo
16																dd/mm/aaaa	Motivo
17																dd/mm/aaaa	Motivo
18																dd/mm/aaaa	Motivo
19																dd/mm/aaaa	Motivo
20																dd/mm/aaaa	Motivo
21																dd/mm/aaaa	Motivo
22																dd/mm/aaaa	Motivo
23																dd/mm/aaaa	Motivo
24																dd/mm/aaaa	Motivo
25																dd/mm/aaaa	Motivo

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF, PUESTA A SU DISPOSICIÓN EN WWW.ICBF.GOV.CO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF, PUESTA A SU DISPOSICIÓN EN WWW.ICBF.GOV.CO