Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: CLARIPSA VELOSA CICERI

Fecha: 13-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	1140015556	HARLID SNEIDER DAZA CASSO	2. Cédula ciudadanía	1062283268	MARIA GISELA CASSO DAZA	1. Telefónico pedagógico	3173445246	09:00	09:15	SI	4	1	NO	NO	SI	SI
2	1140015604	ARIADNA LISETH ARIAS PLORTILLA	2. Cédula ciudadanía	41109149	INEZ DEYANIRA PORTILLA TRUJILLO	1. Telefónico pedagógico	3162568996	09:30	09:45	SI	4	1	NO	NO	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							

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	18/08/2020	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	18/08/2020	09:30
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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/09/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 13 DE AGOSTO 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 6600500113295

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	1140917239	YEISLON FABIAN URRUGO ZAMBRANO	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.550	YOHANA GABRIELA ZAMBRANO CUARAN	1. Telefónico pedagógico	3173463758	10:00 a. m.	10:15 a.m.	Si	4	1			Si	Si
2	1126455831	DEIMER SANTIAGO DELGADO ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.454.877	MARCELA JOHANA ROJAS RUBIO	1. Telefónico pedagógico	3164858454	11:00 a.m.	11:15 a. m.	Si	4	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							

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. (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	USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.			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 ESQUEMA DE VACUNACIÓN.			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	19/08/2020	11:00 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 INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON PROPIEDAD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR HUILA. PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SE RESERVA LOS DERECHOS DE AUTOR.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON PROPIEDAD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR HUILA. PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SE RESERVA LOS DERECHOS DE AUTOR.

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 CUJIMIA SEMANIEGO

Fecha: 13/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CDI SEMBRANDO ESTRELLAS
Cdi misionerica 1

Código Unidad de Servicio (UDS): 0000171268

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES											VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o 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. (Visita suicidio) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Visita emocional) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presentar situaciones de violencias en hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Desplazamiento) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – sobrepeso) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – bajo peso) 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	1129459833	DIMITRIOS ALEJANDRO NARVAEZ TIBANA	2. Cédula ciudadanía	1006998766	VERONICA TIBANA	1. Telefónico pedagógico	3160702788	08:45am	09:04am	SI	3	1	0	0	SI	SI	6	SI	SI	7. Otro	ella 5 años	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 y 2	25/08/2020	11:00am
2	1129459124	JUAN ESTEBAN ANGELA ESPINOZA	2. Cédula ciudadanía	1026276093	ALBA ESPINOZA	1. Telefónico pedagógico	3176833088	09:30am	09:35am	SI	4	1	0	0	SI	SI	7	SI	SI	7. Otro	ella 5 años	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1 y 2	25/08/2020	11:00am
3																	3																	
4																	4																	
5																	5																	
6								hh:mm	hh:mm								6																dd/mm/aaaa	hh:mm
7								hh:mm	hh:mm								7																dd/mm/aaaa	hh:mm
8								hh:mm	hh:mm								8																dd/mm/aaaa	hh:mm
9								hh:mm	hh:mm								9																dd/mm/aaaa	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm								10																dd/mm/aaaa	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm								11																dd/mm/aaaa	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm								12																dd/mm/aaaa	hh:mm
13								hh:mm	hh:mm								13																dd/mm/aaaa	hh:mm
14								hh:mm	hh:mm								14																dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm								15																dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm								16																dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm								17																dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm								18																dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm								19																dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								20																dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm								21																dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm								22																dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm								23																dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm								24																dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm								25																dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Los datos contenidos en este documento son de carácter confidencial y reservado, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios.

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

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

Fecha: 13-jul-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SEMBRANDO SEGUMA 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	1133083152	EDUARDO ANDRES GUEVARA GOMEZ	3. Cedula ciudadania	1006387318	KAREN DHANIA GOMEZ	1. Telefonico pedagógico	3137855434	9:52	9:52AM	SI	3	1		1	SI	SI
2	1125957800	JHAIROS	3. Cedula ciudadania	1061732994	ANGELA VIVIANA ROS	1. Telefonico pedagógico	3148121927	9:20AM	9:40AM	SI	3	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							

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. (Ataxia social) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ataxia emocional) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO TIENE SU VACUNACION COMPLETA HASTA LA FECHA			NO	NO	NO	NO	NO	SI			14-ago-20	7:00
2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO TIENE SU VACUNACION COMPLETA HASTA LA FECHA			NO	NO	NO	NO	NO	SI			14-ago-20	7:00
3																
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

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

Firma del agente educativo

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