PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.AL1.MIL/PP | 3/06/2020
Versión: 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ADRIANA PATRICIA JUAGIBOY AREVALO

Fecha: 27/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): MUNDO MAGICO 1

Código Unidad de Servicio (UDS): 868651131192

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	1.140.015.633	MAIA ESTEFANI ALVARIEZ SOLARTE	2. Cédula ciudadanía	1005929589	LAURA VIVIANA QUINTERO ARANDA	1. Telefónico pedagógico	313893914 3	8:00am	8:15am	SI	7	2	0	0	SI	SI
2	1.069.772.193	DULCE LUCIA SOLARTE QUINTERO	2. Cédula ciudadanía	1005929589	LAURA VIVIANA QUINTERO ARANDA	1. Telefónico pedagógico	313893914 3	8:25am	8:40am	SI	7	2	0	0	SI	SI
3	1.126.458.493	ERICK SANTIAGO GOMEZ EGAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.453.986	NUBIA GRACIELA EGAS FERNANDEZ	1. Telefónico pedagógico	3107968645	8:50am	9:05am	SI	2	1	0	0	SI	SI
4	1.126.459.674	JOHAN DAVID MORENO VALENCIA	2. Cédula ciudadanía	41.118.813	CLAUDIA PATRICIA VALENCIA LEIVA	1. Telefónico pedagógico	3213452109	1:00PM	1:15PM	SI	6	2	0	0	SI	SI
5	1.140.015.606	EILYN SALOME MORENO VALENCIA	2. Cédula ciudadanía	41.118.813	CLAUDIA PATRICIA VALENCIA LEIVA	1. Telefónico pedagógico	3213452109	1:20PM	1:35PM	SI	6	2	0	0	SI	SI
6	1126459343	DILAN SAMUEL LOPEZ BURBANO	1. Tarjeta de identidad	1.006.994.747	YESSICA SHIRLEY BURBANO LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3122236295	1:45PM	2:00PM	SI	5	1	0	0	SI	SI
7	1.104.837.429	JOSUE ELIAS SOTELO MACANILLA	2. Cédula ciudadanía	1.130.670.544	BLANCA NUBIA SOTELO MACANILLA	1. Telefónico pedagógico	3143423480	2:20PM	2:35PM	SI	4	1	0	0	SI	SI
8	1.140.015.866	GISELL TATIANA LOPEZ BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	1.126.456.158	DIANA YARANEI LOPEZ BENAVIDES	1. Telefónico pedagógico	3204702797	2:40PM	2:55PM	SI	9	2	2	0	SI	SI
9	1.126.459.911	CHAYRA ALEJANDRA GOMEZ ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1.086.694.015	MARIA MARY URI ROSERO PALEJO	1. Telefónico pedagógico	3127544691	3:00PM	3:15PM	SI	4	1	0	0	SI	SI
10	1.126.459.244	KENNER ALEXIS MORALES MELO	2. Cédula ciudadanía	1.087.012.399	SARA VANESSA MELO POTOZI	1. Telefónico pedagógico	3144442943	3:20PM	3:35PM	SI	4	1	0	0	SI	SI
11	1.104.956.813	ANDY SANTIAGO LOPEZ LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.513	NIBDY MALLELY LOPEZ BENAVIDEZ	1. Telefónico pedagógico	3202759475	3:40PM	3:55PM	SI	8	2	0	2	SI	SI
12	1.130.164.963	MAIKER STIVEN LINARES LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.448.520	NURY LILI LOPEZ BENAVIDEZ	1. Telefónico pedagógico	3138560795	4:00PM	4:15PM	SI	5	1	0	0	SI	SI
13	1.126.459.091	ANGEL DAVID BENAVIDES ALBAN	2. Cédula ciudadanía	1.122.340.929	LILIANA MARIA ALBAN LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3209114307	4:20PM	4:35PM	SI	4	2	1	0	SI	SI
14	1.122.340.929	LILIANA MARIA ALBAN LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.122.340.929	LILIANA MARIA ALBAN LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3209114307	4:40PM	4:55PM	SI	4	2	1	0	SI	SI

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 seleccionar 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	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	10:50AM
2	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	11:10AM
3	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	11:30AM
4	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	11:50AM
5	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	12:10PM
6	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA MADRE DEL MENOR MANIFIESTA QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA SANO ,LA ACUDIENTE SE ENCUENTRA CON RESPIRO SIN COMPLICACION ALGUNA	PRACTICA 11	1/09/2020	1:00PM
7	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	1:20PM
8	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	1:40PM
9	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	2:00PM
10	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	2:20PM
11	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	2:40PM
12	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	3:00PM
13	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	3:20PM
14	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	3:40PM

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1-GLL-MYPP	29/06/2020
		Versión: 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: PAOLA ANDREA ESCUÉ

Fecha: 27/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): DULCE ANGELITO

Código Unidad de Servicio (UDS): 868651131217

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Numero 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	1086303141	JHON ALEJANDRO CUASAPUD CORDOOBA	2. Cédula ciudadanía	41119409	OMAIRA JANETH CUASAPUD CORDOBA	2. Telefónico seguimiento	3205048205	3:00:PM	3:20:PM	SI	7	1	0	2	SI	SI
2	1140015435	DANIEL DAVID ORTEGA ALVAREZ	2. Cédula ciudadanía	1126455891	JUDITH SELMIRA ALVAREZ MACIAS	2. Telefónico seguimiento	3124683455	3:30:PM	3:45:PM	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1087049369	MARIA JOSE ALVAREZ MARROQUIN	2. Cédula ciudadanía	1010145303	MAITE ESPERANZA MARROQUIN MARROQUIN	2. Telefónico seguimiento	3209708200	3:55:PM	4:10:PM		4	2	0	0	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
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 [illegible]? 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 seleccionar en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Numero personas con síntomas de enfermedad o respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Perdio vecinos) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Perdio vivienda) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presentia 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 NO ACCEDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRÁCTICA 10	#######	3:00:PM
2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACCEDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRÁCTICA 10	#######	3:30:PM
3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACCEDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRÁCTICA 10	#######	3:55:PM
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
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 agente educativo

Firma agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1-GLL-MYPP	29/06/2020
		Versión: 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:Yulieth Johana Cuarán Cuarán y Adriana Lopéz **Fecha: 27/08/2020** **Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Angelitos de vida 1** **Código Unidad de Servicio (UDS): 86865113126 3**

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. Numero 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, var 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	No.	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. (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 trabajdas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	1140015744	Kenna Daiana Delgado Tello	2. Cédula ciudadanía	1126445574	Maila Tello Hernandez	1. Telefónico pedagógico	3132871290	8:00am	8:16am	SI	6	1	0	0	SI	NO	1	SI	NO	7. Otro	La usuaria cuenta con el carnet de vacunas actualizado.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		Seguimiento al desarrollo infantil	1/09/2020	8:00am
2	1126457591	Edy Santiago Jimenez Bacca	2. Cédula ciudadanía	1126455050	Daisy Francisy Bacca Natib	1. Telefónico pedagógico	3175621358	8:20am	8:35am	SI	4	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	La usuaria cuenta con el carnet de vacunas actualizado.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		Refuerzo nuestros primeros encuentros	1/09/2020	9:00am
3	1126459521	Juan Daniel Inta Montenegro	2. Cédula ciudadanía	1126448293	Leidy Johana Montenegro Tez	1. Telefónico pedagógico	3213825793	8:40am	8:57am	SI	7	1	0	1	SI	NO	3	SI	NO	7. Otro	La usuaria cuenta con el carnet de vacunas actualizado.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		Seguimiento al desarrollo infantil	1/09/2020	1:00pm
4	1126459520	Breiner Silver Quintero Guzman	2. Cédula ciudadanía	1126450521	Sandra Paola Guzman Vela	1. Telefónico pedagógico	3133621853	10:40am	10:55am	SI	3	1	0	0	SI	NO	4	SI	NO	7. Otro	La usuaria cuenta con el carnet de vacunas actualizado.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		Seguimiento al desarrollo infantil	1/09/2020	2:30pm
5	1126459184	Juanjose Ortiz Muñoz	2. Cédula ciudadanía	1061790165	Danny Valentina Muñoz Cordoba	4. Telefónico salud y nutrición	3122647018	11:00am	11:20 a. m.	SI	3	1	0	0	SI	NO	5	SI	NO	7. Otro	La usuaria cuenta con el carnet de vacunas actualizado.	0	0	NO	SI	NO	NO	SI	NO	Madre del menor no contesteta la llamada por tanto se deja un mensaje por whatsapp, el cual respondio a la llamada en contestando que el	Práctica 1,3	28/08/2020	8:30am

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

Verifique cuántas páginas en total tiene el documento, no imprima más de las necesarias. 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

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

Verifique cuántas páginas en total tiene el documento, no imprima más de las necesarias. 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: Nibia Francia Cuarán

Fecha: 27/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Mundo Mágico

Código Unidad de Servicio (UDS): 868651131267

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	1126459407	Helen Tatiana Yonda Pinchao	2. Cédula ciudadanía	1126446476	Sandra Pinchao	2. Telefónico seguimiento	3213614214	8:15 a. m.	8:30am	SI	2	1	0	0	SI	SI
7	1126143766	Valerin Gisell Zambrano Solarte	2. Cédula ciudadanía	1126444799	Nubia Estella Solarte	2. Telefónico seguimiento	3122686210	10:40am	10:55am	SI	6	1	0	2	SI	SI
8	1104847152	Isabel Cristina Montero Díaz	2. Cédula ciudadanía	1085935496	Leny Margoth Díaz	2. Telefónico seguimiento	3126913497	1:30pm	1:45pm	SI	4	1	0	0	SI	SI
10	1130164983	Juan David Ospina Córdoba	2. Cédula ciudadanía	1007376321	Yeimy Cordoba	2. Telefónico seguimiento	3177394228	3:30pm	3:45pm	SI	5	1	0	0	SI	SI

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. (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		NO APLICA	2	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020	3:00 p. m.
8	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin Novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020	4:00 p. m.
12	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin Novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020	4:20 p. m.
18	SI	NO	7. Otro	aislamiento, no ha tenido cita para vacunación.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020	5:00 p. m.

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF, Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.FP	2/06/2020
		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!

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.A1.LMS.PP	2/04/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ADRIANA PATRICIA JUAGIBIOY AREVALO

Fecha: 27/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): LLUVIAS DEL SOL

Código Unidad de Servicio (UDS): 868651145377

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	1.126.458.324	ALEXIS DAVID ESCUE MESTIZO	2. Cédula ciudadanía	1067528791	MARIA TERESA MESTIZO UL	1. Telefónico pedagógico	3136394840	2:20PM	2:39PM	SI	6	2	0	0	SI	SI
2	1.062.334.466	JHON KENNETT TAPIA CAICEDO	2. Cédula ciudadanía	1061793913	TANIA DOREYI CAICEDO ORTIZ	1. Telefónico pedagógico	3144857647	2:40PM	2:52PM	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1.077.478.910	JULIAN ALEXIS PIEDRAITA ARTEAGA	2. Cédula ciudadanía	69022808	FELICIANA ARTEAGA BEDOYA	1. Telefónico pedagógico	3508944236	3:00PM	3:15PM	SI	8	1	0	0	SI	SI

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. (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	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	1:30PM
2	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	2:00PM
3	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 11	1/09/2020	2:30PM

Firma del agente educativo

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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1-GJ-LL-MN-PP Versión 3 Clasificación de la Información: Pública	30/6/2020 Página 1 de 2

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: PAOLA ANDREA ESCUÉ

Fecha: 27/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HORMIGAS

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500121203

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 periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccionar 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	1140015617	MAYCOL SANTIAGO ANAMA MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	1126451279	LUZ SENEYDA MARTINEZ SOLARTE	2. Telefónico seguimiento	3213210566	11:00 AM	11:15 AM	SI	3	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRÁCTICA 10	1/09/2020	11:00 AM
2	1130164920	JOSELYN HASLEY PINILLA CUARAN	2. Cédula ciudadanía	41115457	ESCOLASTICA ORTEGA TORRES	2. Telefónico seguimiento	3133750306	8:00 AM	8:15 AM	SI	12	1	0	1	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRÁCTICA 10	1/09/2020	8:00 AM
3	1062390295	KAROL SARAY DIAZ GRIJALBA	2. Cédula ciudadanía	41117943	SANDRA MARIA DIAZ CASTRO	2. Telefónico seguimiento	3138026401	11:30 AM	11:45 AM	SI	5	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRÁCTICA 10	1/09/2020	11:30 AM
4	1004545621	DARY YULEIMA CUELTAN INAGAN	2. Cédula ciudadanía	1004545621	DARY YULEIMA CUELTAN INAGAN	2. Telefónico seguimiento	3148763678	10:10 AM	10:25 AM	SI	4	1	1	0	SI	SI	4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRÁCTICA 10	1/09/2020	10:10 AM
5	1126454413	ADRIANA CILENA YELA PANTOJA	2. Cédula ciudadanía	1126454413	ADRIANA CILENA YELA PANTOJA	2. Telefónico seguimiento	3115938819	11:00 AM	11:15 AM	SI	3	1	0	0	SI	SI	5	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRÁCTICA 10	1/09/2020	11:00 AM
6																	6															
7																	7															
8																	8															
9																	9															
10																	10															
11																	11															
12																	12															
13																	13															
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

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1-GJ-LL-MN-PP Versión 3 Clasificación de la Información: Pública	30/6/2020 Página 2 de 2

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	3/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	2/05/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: AURORA ARDILA SANDOVAL

Fecha: 27-ago-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): AMIGUITOS DEL MUNDO

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68E6E+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	1126459763	ANGELO MATHIAS DIAZ MORENO	2. Cédula ciudadanía	27919610	HARRY ROLANDO DIAZ AVENDAÑO	3. Telefónico psicosocial	3142270775	11:00 a.m.	11:20 a.m.	SI	3	2	0	0	SI	SI
2	1.123.210.957	SARA MICHELL ORTEGA CASANOVA	2. Cédula ciudadanía	1006843402	JACKELINE CASANOVA LAGOS	2. Telefónico seguimiento	3115227956	11:00 a.m.	11:15 a.m.	SI	5	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
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. (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	NO	NO	7. Otro	Por motivos de prevención, ya que en el municipio hay varios casos de contagios del virus covid 19	0	0	NO	NO	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Ana llamada responde el señor Rolando Diaz, padre del niño Mathias Diaz Moreno, quien	Acompañamiento psicosocial	2/09/2020	2:00
2	SI	SI		NO APLICA	0	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	27/08/2020	12:00 p. m.
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																hh:mm
11																hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

Recuerde incluir objetos de este documento en el contenido de nuestra GUÍA DE CONTENIDO

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL GBF, GBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

Recuerde incluir objetos de este documento en el contenido de nuestra GUÍA DE CONTENIDO

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL GBF, GBF Y A LA LEY 1581 DE 2012