	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: 08/09/2020

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	1.126.459.750	MARIANA ISABELLA PEJENDINO PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.445.799	EMMA CECILIA PEJENDINO PERENGUEZ	2. Telefónico seguimiento	3115037049	10:21	10:37	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1.140.015.844	ANGELES DANIELA MONTOYA VARGAS	2. Cédula ciudadanía	59.827.489	AMALIA VILLAREAL ESPAÑA	2. Telefónico seguimiento	3123904903	10:45	11:03	SI	4	2	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

Firma del agente educativo

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	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Emma madre de la menor quien manifiesta que la niña sigue presentando ursuelos en los ojos, igualmente	SEGUMINETO AL DESARROLLO	14/09/2020	10:30
2	SI	SI			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Amalia Villarreal abuela de la menor quien manifiesta que la niña se encuentra con origa y que el día de aver	SEGUMINETO AL DESARROLLO	14/09/2020	11:00
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

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: Maria Cristina Chaves

Fecha: 05/06/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.8865E+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	1104533030	Gael Ardila Rojas	3. Cédula ciudadanía	1.127.071.294	Yurley Ardila Rojas	2. Telefónico seguimiento	3173993783	10:00	10:15	SI	3	1	0	0	SI	NO
2	1104498900	Samuel David Cuellar Gonzalez	3. Cédula ciudadanía	1.126.447.332	Yolanda Jackeline Gonzalez Jaramillo	2. Telefónico seguimiento	3223907403	11:00	11:15	SI	5	1	0	0	SI	NO
3								hh:mm	hh:mm							
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
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" , indique ¿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 visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Ventas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ventas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa / hh:mm
1	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	SI	La madre manifiesta que ha cambiado el horario de consumo los alimentos ya que duerme mas de lo normal ynecesitaba que ha perdido su trabajo.	Llamada de seguimiento el desarrollo	15/06/2020 / 10:00
2	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que no tiene recursos economicos para comprar frutas y verduras	Llamada de seguimiento el desarrollo	15/06/2020 / 10:30
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
25															dd/mm/aaaa / hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: CORONA MARÍA SALAZAR FERNÁNDEZ

AUXILIAR PEDAGOGICO

08 DE SEPTIEMBRE 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO JARDÍN INFA

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68656E+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	1123457849	ANLEI Y ALEXANDRA GUERRERO ORDOÑEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	41.120.389	MARIA JANNET GUERRERO ORDONEZ	1. Telefónico pedagógico	3115165333	09:00 am	09:20 a.m.	SI	6	1	NO	NO	SI	SI
2	1122316812	SAMUEL DAVID MURCIA MONTILLA	CEDULA DE CIUDADANIA	1.123.355.454	ANA ISABEL MONTILLA TELLO	1. Telefónico pedagógico	3123344153	11:00 a.m.	11:20 am	SI	3	1	NO	NO	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

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" , indique ¿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 visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Ferias sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ferias 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		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14 DE SEPTIEMBRE 2020	09:00 am
2	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA MADRE MANIFIESTA QUE EL NIÑO SIGUE EN PUERTO RICO MIS GONOS SU PADRE Y ESTA BIEN	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14 DE SEPTIEMBRE 2020	11:00 am
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
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 ambiente!
USTED ESTÁ RECIBIENDO COPIA NO CONTROLADA. TENGA EN CUENTA QUE ESTE DOCUMENTO PUEDE SUFRIR MODIFICACIONES SIN PREVIO AVISO. VERIFIQUE LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO EN LA RED INTERNA DE LA ENTIDAD.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
USTED ESTÁ RECIBIENDO COPIA NO CONTROLADA. TENGA EN CUENTA QUE ESTE DOCUMENTO PUEDE SUFRIR MODIFICACIONES SIN PREVIO AVISO. VERIFIQUE LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO EN LA RED INTERNA DE LA ENTIDAD.

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: KATHERIN VANESSA MONT DIEGRO MOSQUERA

Fecha: 28-sep-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CD BOSQUE ENCANTADO I

Código Unidad de Servicio (UDS): 6082186

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" , 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", menciona cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aislados o bajo cuidado medico	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. (Administrativa) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Riáticos alimentarios – comunes) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Riáticos alimentarios – lluviosos) 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	1140019404	JULIAN MORALES RIVERA	2. Cédula ciudadanía	1007.284.566	LUISA FERNANDA MORALES RIVERA	1.Telefónico pedagógico	3114763215	2:30am	2:35pm	SI	3	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	15/09/2020	9:00am
2	1140019931	VALERY SOFIA RODRIGUEZ ORDOÑEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.489.692	CONSUELO DEL CARMEN OROÑEZ QUINTERO HOLA	1.Telefónico pedagógico	3132009873	2:40am	2:55am	SI	7	3	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	15/09/2020	10:00am
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA FUNDACIÓN CRECER EN FAMILIA Y ES CONFIDENCIAL. PROHIBIDA SU COPIA, USO O DISTRIBUCIÓN SIN AUTORIZACIÓN.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F-GAS-MEN-PP
Versión 3

SEGUROS
Página 2 de 2
Clasificación de la información:

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: CLAUDIA LORENA GALLON CARDONA

Fecha: 02/SEPTIEMBRE/2025

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 2ND

Código Unidad de Servicio (UDS): 6800010557

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACION DEL HOGAR					V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACION 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	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 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 (Ventas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ayudas 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 alimenticios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimenticios – 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	1006189852	CHLAN SANTIAGO CARDENA LEONARDO A	1. Cedula de extranjeria	27.662.167	CARLYN LUCIA NIETA	1. Telefónico-pedagógico	3206416782	09:00	09:1	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	SI	1. Otro		2	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	12/sept/25	09:00
2	1123455126	ROA GABELLA VILLADA AL MONESIS	1. Cedula ciudadania	1.124.662.726	CARLA ALEJANDRA ROA GIRALDO	1. Telefónico-pedagógico	3206067553	09:00	09:30	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	1. Otro	NO ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	1	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO A DESARROLLO	12/sept/25	09:00

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

PI.A1.L08.PP	02/06/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 08 DE SEPTIEMBRE DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): RINCONCITO DEL CRECIMIENTO

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680070087

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	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		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.	Número de personas con síntomas de enfermedad respiratoria en el hogar.	21.Número de personas afectas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas nutricionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Materiales) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Bibliot. alimentaria – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Bibliot. alimentaria – 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/aa	 hh:mm
1	1.124.866.142	THIAGO LUNA ANDRADE	2. Cédula ciudadanía	69.026.263	MARTHA SORAIDA ANDRADE	TELEFONICO PRESENCIAL	3222402256	10:00PM	10:10AM	SI	7	1	0	1	SI	SI	3	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	16/09/2020	8:00am
2	1.124.869.736	SAMUEL JOSE ROJAS PANTOJA	2. Cédula ciudadanía	37.087.422	MATERALAIDA PANTOJA OROZ0ÑEZ	TELEFONICO PRESENCIAL	3006822971	3:00PM	10:10AM	SI	6	2	0	0	SI	SI	4	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	16/09/2020	11:15am
3																															
11																	11													dd/mm/aa	hh:mm
12																	12													dd/mm/aa	hh:mm
13																	13													dd/mm/aa	hh:mm
14																	14													dd/mm/aa	hh:mm
15																	15													dd/mm/aa	hh:mm
16																	16													dd/mm/aa	hh:mm
17																	17													dd/mm/aa	hh:mm
18																	18													dd/mm/aa	hh:mm
19																	19													dd/mm/aa	hh:mm
20																	20													dd/mm/aa	hh:mm
21																	21													dd/mm/aa	hh:mm
22																	22													dd/mm/aa	hh:mm
23																	23													dd/mm/aa	hh:mm
24																	24													dd/mm/aa	hh:mm
25																	25													dd/mm/aa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR HUILA - NIT 891180026-1 Y ES DE USO EXCLUSIVO DE LOS AUTORIZADOS.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/08/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 06/08/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 0.0BOS-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	1011108568	JHON ALEXANDER LOPEZ SUAREZ	3. Cedula ciudadania	1.126.444.656	CONCHA DEL PILAR MONTENEGRO	2. Telefonico seguimiento	3183410486	02:00	02:15	SI	4	1	0	2	SI	SI
2	1126608007	ALISSON SALOME ZENGO CHAVES	3. Cedula ciudadania	108.084.310	ANGELA BRYHAT CHAVES ESTRADA	2. Telefonico seguimiento	3157917019	02:20	02:30	SI	6	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

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" , indique ¿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 visitadas 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	SI			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	EL ABUELO DEL USUARIO USA RANCHADORES	SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	14/08/2020	10:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	14/08/2020	10:20
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9															dd/mm/aaaa	Hh:mm
10															dd/mm/aaaa	Hh:mm
11															dd/mm/aaaa	Hh:mm
12															dd/mm/aaaa	Hh:mm
13															dd/mm/aaaa	Hh:mm
14															dd/mm/aaaa	Hh:mm
15															dd/mm/aaaa	Hh:mm
16															dd/mm/aaaa	Hh:mm
17															dd/mm/aaaa	Hh:mm
18															dd/mm/aaaa	Hh:mm
19															dd/mm/aaaa	Hh:mm
20															dd/mm/aaaa	Hh:mm
21															dd/mm/aaaa	Hh:mm
22															dd/mm/aaaa	Hh:mm
23															dd/mm/aaaa	Hh:mm
24															dd/mm/aaaa	Hh:mm
25															dd/mm/aaaa	Hh:mm

MALY YISELA FAJARDO

Firma del agente educativo

MALY YISELA FAJARDO

Firma del agente educativo

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/08/2020
Versión 3	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/08/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 06-sep-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						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 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: (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	1143015797	AN SANTIAGO SANJEDRARIVERA	3. Cedula ciudadania	1124653907	ANGELA.GETH SANJEDRA RIVERA	2. Telefonico seguimiento	3209223446	09/41	09/56	SI	5	1	0	0	SI	SI	SI				0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14/09/2020	09:00
2	1123453666	MIRIAM CELESTE CARDONEZ LUCERO	3. Cedula ciudadania	1124456312	DEIDY YOLANDA CARDONEZ LUCERO	2. Telefonico seguimiento	3204386372	10:16	10:33	SI	5	1	0	0	SI	SI	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA SEÑORA DEIDEY YOLANDA CARDONEZ LUCERO, MADRE DE LA NIÑA MIRIAM CELESTE CARDONEZ LUCERO, INFORMA A LA MAESTRA QUE POR EL MOMENTO SOLO RECIBE LLAMADAS POR WHATSAPP DEBIDO EL CIERRE A QUE EL TELEFONO NORMAL NO EST ACTIVO FUNCIONAMIENTO POR LO ANTERIOR SE REALIZA EL ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO SOLO VIA WHATSAPP.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14/09/2020	09:30
3								hh:mm	hh:mm								3														dd/mm/aaaa	hh:mm
4								hh:mm	hh:mm								4														dd/mm/aaaa	hh:mm
5								hh:mm	hh:mm								5														dd/mm/aaaa	hh:mm
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!

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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

Fecha: 06/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Local Ubicación: ENCANTADO SEDE

Codigo Unidad de Servicio (UDS): 8.69032E+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	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento	7. Teléfono	8. Hora inicio	9. Hora final	Llamada Exit	al de personas entre niñas y niños de	jeres gestantes	personas mayores	a agua para coc	eso a frutas y ve
			múltiple, ver opciones en in			n múltiple, ver opciones en ma		hh:mm	hh:mm	SI / NO					SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC
1	**1040015846**	JUNIOR ESTEBAN GOMEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.454.645	BIRITH SONAIRA GOMEZ	3. Telefónico pedagógico	3218337636	09:20	09:35	SI	4	3	0	0	SI	SI
2	1126142938	SARA GABRIELA SANTACRUZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.451.058	ANA ROCIO TCADA	1. Telefónico pedagógico	3208161193	09:45	10:10	SI	3	2	0	0	SI	SI
3	1126457550	VALERI FERNANDA CARDENAS GUERRERO	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.550	ROSA GUERRERO -	1. Telefónico pedagógico	3218134546	10:20	10:40	SI	3	1	0	0	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	e vacunas actualizado, s	vicios de salud para la aplicar	sea "NO" , indague ¿Por qué no	ecciona en la pregunta anterior"	7. Otras de enfermedades aisladas o t		ovedad 1. (Kortas s	edad 2. (Kortas en	suntos situaciones d	redad 4. (Sedental	5. (Hábitos alimenta	6. (Hábitos alimenta	28. Otras novedades y observaciones		8. Fecha y hora siguiente llamad	
	SI / NO	SI/ NO	ción múltiple, ver opciones en institu				SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC		dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	Otro	porque el esquema de vacunación está cor	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realiza el acompañamiento del	05/08/2020	09:30
2	SI	NO	Otro	rque el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realiza el acompañamiento del	05/08/2020	10:00
3	SI	NO	Otro	rque el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realiza el acompañamiento del	05/08/2020	10:30
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

Firma del agente educativo

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

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

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

Fecha: 08-sep-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 1

Código Unidad de Servicio (UDS): 8-BBSS--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	1122666660	VALERY MELISA MACIAS CHILQUISO	3. Cédula ciudadanía	1.114.120.232	FLOR YASMIN CHILQUISO	1. Telefónico pedagógico	3124120288	10:03	10:43	SI	7	1	0	1	SI	SI
2	1130.164.961	DILAN SEBASTIAN ANDRADE HERNANDEZ	3. Cédula ciudadanía	1.114.827.314	MARCELA HERNANDEZ SANTANDER	1. Telefónico pedagógico	3163426527	10:00	10:20	SI	11	2	1	1	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							

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" , indique ¿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	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A 1 AÑO)	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		seguimiento al desarrollo	14/09/2020	10:00
2	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		seguimiento al desarrollo	14/09/2020	10:20
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

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON DE USO EXCLUSIVO PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA - ICBF. PROHIBIDA SU COMERCIALIZACIÓN.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/06/2025
Versión 3	Página 2 de 2

Clasificación de la Información: Pública

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

Fecha: 03-sep-25

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.08632e+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	1143019382	ELIAN FELIPE QUEDRIERO ENRIQUEZ	3. Cedula ciudadania	41125897	LEIDY MARIBELL ENRIQUEZ ALVARADO	1. Telefonico pedagógico	3126423373	09:00:00 a.m.	09:30:00 a.m.	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1143019822	AUDREY VALERIA PINCHAO MAURO	3. Cedula ciudadania	37121794	MARIA JANETH MAURO TAQUES	1. Telefonico pedagógico	3205981092	09:00:00 a.m.	09:07 a.m.	SI	4	2	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							

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 visitadas 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	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14/09/2025	09:00
2	SI	NO	7.Otro	LA MAYA TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14/09/2025	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

María Sonia Toro

Firma del agente educativo

María Sonia Toro

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 DE LA ENTIDAD, PUESTA A SU DISPOSICIÓN EN WWW.ICBF.GOV.CO

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.L365.PP	03/06/2020
Versión 3	Página 1 de 3
Clasificación de la información: Pública	

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.L365.PP	03/06/2020
Versión 3	Página 2 de 3
Clasificación de la información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SAMANTHA OSEQUEDA 0872

Fecha: 08 de septiembre 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Bosque encantado sede 1

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68832-12

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	1132016897	INGRID TATIANA MEJIA GUAPUCAL	3. Cédula ciudadanía	27160797	MARIA DEL CARMEN GUAPUCAL CUASPUD	1. Telefónico pedagógico	3206523599	8:00am	8:30am	SI	7	2	0	0	SI	SI
2	1132016911	GABRIELA VÉEZ CUJUNO	3. Cédula ciudadanía	87273190	JUAN PABLO VÉEZ FAJARDO	1. Telefónico pedagógico	3214780698	09:00am	09:30am	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							

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 niños, niñas 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. (Ferias sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ferias emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Pesuntas 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 – huerto(a)) 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	(sin) que su esquema de vacunas se encuentra al día.	0	0	No	No	No	No	No	No		llamada para el seguimiento al desarrollo de la ficha	23 DE SEPTIEMBRE	08:00am
2	si	No	7. Otro	(sin) que su esquema de vacunas se encuentra al día.	0	0	No	No	No	No	No	No		llamada para el seguimiento al desarrollo de la ficha	23 DE SEPTIEMBRE	09:00am
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

Firma del agente educativo

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.LME.PP	02/08/2020
Versión 3	Página 2 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): BOSQUE ENCANTADO SEDE 1

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.08632-12

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	1126458454	JHOAN SMITH LONDOÑO GILON	3. Cedula ciudadania	41.121.847	ESPERANZA LONDOÑO GILON	2. Telefonico seguimiento	3122313987	02:00	02:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1126458440	LINA SAMUEL SEPÚLVEDA MORA	3. Cedula ciudadania	1.126.446.247	MARLENY NORALBA MORA SOLARTE	2. Telefonico seguimiento	3136545886	02:20	02:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

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" , indique ¿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	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14/08/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14/08/2020	08:30
3																
4																
5																
6																
7																
8																
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

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

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

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