	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: 09/09/2020

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

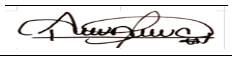
Código Unidad de Servicio (UDS): 8,6865E+12

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	1.126.143.828	EDGAR SAMUEL MENENDEZ CRUZ	2. Cédula ciudadanía	31.430.799	GLORIA ISLENY CRUZ CARMONA	2. Telefónico seguimiento	3223214087	09:42	10:01	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1.126.459.535	DANIELA VALENTINA ARCOS	2. Cédula ciudadanía	1.007.728.136	MARIA FERNANDA ARCOS	2. Telefónico seguimiento	3213814529	10:13	10:29	SI	5	1	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 Gloria Cruz madre del menor quien manifiesta que el niño al igual que el resto de la familia se encuentra bien	SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	15/09/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Fernanda Arcos quien manifiesta que la niña se encuentran bien de salud.	SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	15/09/2020	10:00
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

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	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: María Cristina Chaves

Fecha: 05/06/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): BJBMSS-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	1104438712	Danna Sofia Meneses Burbano	3. Cédula ciudadanía	1.126.451.870	Dora Carolina Meneses	2. Telefónico seguimiento	3112712861	10:00	10:10	SI	4	1	0	1	SI	SI
2	1144061720	Kim Alexander Vallejo Martinez	3. Cédula ciudadanía	38.473.966	Elba Esperanza Martinez Flores	2. Telefónico seguimiento	3137130128	11:00	11:15	SI	5	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							
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. (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			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Llamada de seguimiento y siguiente en familia..		16/06/2020 / 10:00
2	SI	SI			NA	NA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Llamada de seguimiento y siguiente en familia..		16/06/2020 / 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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD Y SU TRATAMIENTO ESTÁ SUJETO A LA LEY 1581 DE 2012 "HABEAS DATA"

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD Y SU TRATAMIENTO ESTÁ SUJETO A LA LEY 1581 DE 2012 "HABEAS DATA"

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: CORONA MARÍA SALAZAR FERNÁNDEZ

09 DE SEPTIEMBRE 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO JUEVES (AM/PM)

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68E5E+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	1124957848	NANCY ALEJANDRA QUENGUAN COLLAZOS	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.456.009	DIANA ALEJANDRA COLLAZOS MARTINEZ	1. Telefónico pedagógico	314 3235863	09:00 a.m.	09: 20 am	SI	4	1	NO	NO	SI	SI
2	1143015455	KAREN YARLET CARDENAS PORTILLA	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.427.512	KARL YHARINA CARDENAS PORTILLA	1. Telefónico pedagógico	3126768293	11:00 am	11:20 a.m.	SI	4	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" , 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 visitadas 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		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		13 Y 14	10 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		13 Y 14	10 DE SEPTIEMBRE 2020	09:00 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 ambiental
¿LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON NECESARIOS? ¿ESTÁN DISPONIBLES EN OTRO FORMATO? ¿ES NECESARIO IMPRIMIR TODO EL PLIEGO? ¿ES NECESARIO IMPRIMIR EN COLOR?

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
¿LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON NECESARIOS? ¿ESTÁN DISPONIBLES EN OTRO FORMATO? ¿ES NECESARIO IMPRIMIR TODO EL PLIEGO? ¿ES NECESARIO IMPRIMIR EN COLOR?

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

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

Fecha: 09-sep-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 900021866

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	1124458034	MICHAEL VICTORIA HOYOS VELASCO	3. Cédula ciudadanía	01.753.360	YAMINTA VELASCO QUINAYAS	1. Telefónico pedagógico	3176536094	9:00am	9:15am	SI	5	2	0	0	SI	SI
2	1029665229	ELIE SAMARA MORALES CARDONA	3. Cédula ciudadanía	1.126.452.840	YESSICA ALEJANDRA CARDONA RIVERA	1. Telefónico pedagógico	3212389462	10:20am	10:35am	SI	3	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Redes emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	16/09/2020	9:00am
2	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	16/09/2020	10:00am
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: SEPTIEMBRE 9 2025

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 68001000307

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACION DEL HOGAR						No.	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		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 (Bertas 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 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	1020777	MIRANDA GOFA MONDRAGUEZ MENDOZA	1. Cedula de extranjeria	10.167.744	ROSA MIRANDA MENDOZA	1. Telefónico-pedagógico	3112783259	09:00	09:30	SI	2	1	0	0	SI	SI	A	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	10/09/2025	09:00
2	1038368870	JOHON SUCHAN A OTERO GUERRERO	2. Cedula ciudadania	1.120.430.181	ROSA MARIA GUERRERO	1. Telefónico-pedagógico	3013165300	09:00	09:30	SI	4	1	0	0	SI	SI	A	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	10/09/2025	09:00

Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F-CAL-MEPP
Versión 7

SEGUROS
Página 2 de 2
Clasificación de la información:

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

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

Fecha: 08/09 SEPTIEMBRE DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HUACALITO
ENCANTADO

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680070387

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 seleccione 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 control 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. (Bólsita alimentaria – semanal) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Bólsita alimentaria – horarias) 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
5	905.130.688	YANNELIS YUVANNA MORALES SIVIRA	2. Cédula ciudadanía	26.216.475	RAZIEL WRELLY SIVIRA MELTRIL	TELEFONICO PSICOSOCIO	3116853840	2:30PM	2:45PM	SI	4	2	0	0	SI	NO	8	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	17/09/2020	11:00am
6	1.124.469.247	DILAN ADRIAN CASSEDO CACERA	2. Cédula ciudadanía	1.006.996.820	ANGELA PATRICIA CADENA	TELEFONICO PSICOSOCIO	3126305756	9:00AM	9:15 AM	SI	5	1	0	0	SI	NO	6	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA MADRE MANIFIESTA QUE HOY DIA DESCONOCIDOS ESTA HOGAR Y SOLICITA ASISTENCIA CON LA FINALIZACIÓN SOCIAL	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	17/09/2020	10:00AM
11																	11														dd/mm/aaaa	hh:mm
12																	12														dd/mm/aaaa	hh:mm
13																	13														dd/mm/aaaa	hh:mm
14																	14														dd/mm/aaaa	hh:mm
15																	15														dd/mm/aaaa	hh:mm
16																	16														dd/mm/aaaa	hh:mm
17																	17														dd/mm/aaaa	hh:mm
18																	18														dd/mm/aaaa	hh:mm
19																	19														dd/mm/aaaa	hh:mm
20																	20														dd/mm/aaaa	hh:mm
21																	21														dd/mm/aaaa	hh:mm
22																	22														dd/mm/aaaa	hh:mm
23																	23														dd/mm/aaaa	hh:mm
24																	24														dd/mm/aaaa	hh:mm
25																	25														dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiental

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

Fecha: 09/09/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): 638602-12

Código Unidad de Servicio (UDS): DIACANTHO SIZE

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	1.126458.168	ERICK RAMIRO ARAUJO QUINAYAS	3. Cédula ciudadanía	1.124.855.634	DIANA CAROLINA QUINAYAS	2. Telefónico seguimiento	3163210471	11:00	11:15	SI	5	1	0	1	SI	SI
2	7.328.451	ENGER JESUS TORRESALBA	3. Cedula de extranjeria	22.341.459	CAROLINA PEREZ LUNA	2. Telefónico seguimiento	3124178343	02:00	02:10	SI	4	1	0	1	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. (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			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	15/09/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	15/09/2020	08:30
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

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

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

Para el tratamiento de los datos personales recolectados mediante el presente formato se requiere autorización previa, expresa e informada del titular de la información, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.

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: MARCELIN ORTEGA GUTIERREZ

Fecha: 09-sep-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686001100307

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 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: (Aertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Aertas 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	1143918816	JUAN JOSE TIELO LOPEZ	3. Cédula ciudadanía	1006994687	DEIDY JOHANA LOPEZ QUINCHOA	3. Telefónico seguimiento	3124288739	11:44	11:59	SI	3	1	0	0	SI	SI	1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	15/09/2020	09:00
2	1123453502	ANDRIZ SHAYANE HORTUA PEÑA	3. Cédula ciudadanía	1124456881	ARMERLIN VANESSA PEÑA BONILLA	3. Telefónico seguimiento	3114620536	12:03	12:18	SI	7	2	0	0	SI	SI	2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA SEÑORA ARMERLIN VANESSA PEÑA BONILLA MADRE DEL NIÑO ANDRIZ SHAYANE HORTUA PEÑA COMUNICA A LA MAESTRA QUE POR EL MOMENTO CUSTIA ENSEÑO CON LA VEREDA EL "ALGADO" Y QUE DESPUES DE UN TIEMPO TODO ATTIEG MEJOO APROXIMADAMENTE" SE TRASLADARA A VARE PROVIMENTO DONDE E ACUA VEREDA POR QUE UN A EMPEZARA A CONSTRUIR SU CASA Y QUE ESTARA EN CONTACTO CON LA DE UN FUNDEMES DE DIFICULTAJA COMUNICACIÓN.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	15/09/2020	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!

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

P1.A1.L80.PP	02/06/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ROSAPASTORAMORALESGOMES

Fecha: 09/06/2020

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

Codigo Unidad de Servicio (UDS): 8.6002E+12

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		
		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 emiñas y niños de	ores gestantes	personas mayore	a agua para coc	eso a frutas y ve		e vacunas actualizado, a	vicios de salud para la aplicar	sea "NO" , indague ¿Por qué no	ección en la pregunta anterior"	7. Otras de enfermedades aisladas o t		ovedad 1. (Kortas s	edad 2. (Kortas en	suntos situaciones d	redad 4. (Sedenta	5. (Hábitos alimenta	6. (Hábitos alimenta	28. Otras novedades y observaciones		números de las práct	II. Fecha y hora siguiente llamad	
			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			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	1140831515	SARAH CAIPE LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.067.044.478	OSSA LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3148970824	10:50	11:10	Si	4	1	0	0	Si	Si	7	Si	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizo el acompañamiento del	16/06/2020	11:00
2	1124457994	ANGELY SOFIA PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	32.795.302	CLARIZA MERINO VEGA	1. Telefónico pedagógico	3202833583	11:21	11:45	Si	4	2	0	0	Si	Si	8	Si	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizo el acompañamiento del	16/06/2020	11:35
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

Firma del agente educativo

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

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER USADOS PARA LOS FINES PROPIOS DEL PROGRAMA. (LEY 1581 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO 1377 DE 2013)

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

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER USADOS PARA LOS FINES PROPIOS DEL PROGRAMA. (LEY 1581 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO 1377 DE 2013)

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	P1.A1.L08.LPP	02/06/2026
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 03-sep-25

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	1.058.204.918	PABLO CASTILLO RUBIO	3. Cedula ciudadania	1.054.560.623	ANGIE LORENA RUBIO ARCILA	1. Telefonico pedagógico	3216167641	10:07	10:33	SI	5	2	0	0	SI	SI
2	1.140.615.761	SHARITH SOFIA BELALCAZAR RIVEROS	3. Cedula ciudadania	1.126.454.706	MARIA YAVEL RIVEROS	1. Telefonico pedagógico	3136115833	11:00	11:25	SI	4	1	0	0	SI	SI
3								hh:mm	hh:mm							
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	P1.A1.L08.LPP	02/06/2026
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o 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 visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Adultos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Adultos 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 – huerta/as) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		seguimiento al desarrollo	10/09/2025	10:00
2	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A LA UCA 28/10/	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		seguimiento al desarrollo	10/09/2025	10:00
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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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

Fecha: 03-sep-20

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						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 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: (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	1124565833	JHOJAN STIVEN BENAVIDES SUAREZ	3. Cedula ciudadania	1006849105	SANDRA MILENA SUAREZ HOYOS	1. Telefonico pedagógico	3136627600	08:30:00 a.m.	09:00:00 a.m.	SI	4	2	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		seguimiento al desarrollo	10-sep-20	08:00
2	1143215873	MARIA JOSE VANEGAS CORAL	3. Cedula ciudadania	69086573	MARIA ALIRA CORAL ORTEGA	1. Telefonico pedagógico	3123121088	09:00:00 a.m.	09:30:00 a.m.	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	se orienta la practica a la ciudad debido a que ella es quien mantiene en el cuidado de la niña	seguimiento al desarrollo	15-sep-20	11:00
3	1143215922	JUAN SEBASTIAN CHELOMANA RENA	3. Cedula ciudadania	1126457079	KARINA ROCIO SEÑA VALLEJO	1. Telefonico pedagógico	3116856051	2:00:00 p.m.	02:30:00 p.m.	SI	6	2	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		seguimiento al desarrollo	10-sep-20	11:30
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

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

Maria Sonia Toro

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.L36.PP	02/06/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SAMANTHA OROZCO GIRTZ

Fecha: 09 de septiembre 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68632-12

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	1037818936	GABRIEL SANTIAGO RUALES ALAPE	3. Cedula ciudadania	1003803458	WENDY ALEJANDRA TRUJILLO ALAPE	1. Telefonico pedagógico	3224338919	8:00am	8:30am	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1143019468	SARA SOFIA MONTES SAAVEDRA	3. Cedula ciudadania	1124452180	KENS YULIETH SAAVEDRA RIVERA	1. Telefonico pedagógico	3213022148	09:00am	09:30am	SI	5	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, 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 alérgicas 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 – huerta) 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	(por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No	Iniciar solo por whatsApp	Llamada para el seguimiento al desarrollo de la ficha.	10 DE SEPTIEMBRE 2020	09:00am
2	si	No	7. Otro	(por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No		Llamada para el seguimiento al desarrollo de la ficha.	10 DE SEPTIEMBRE 2020	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!
LOS DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA FUNDACIÓN. PARA CONSULTARLA INGRESE A LA PÁGINA WWW.FUNDACION-MAS.ORG.CO

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO PIA SITIADA

FT-P-11-003-07	VERSIÓN 8
Versión: 8	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Fecha: 03/09/2025

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SABIDURIA

Código Unidad de Servicio (UDS): 103247

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. SEGUIMIENTO 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, con opciones en mayúsculas	4. Número de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, con opciones en mayúsculas	7. Teléfono	8. Hora inicio Ej:hora	9. Hora final Ej:hora	10. Llamada Telmex SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niños y niñas de 0 a 5 años	13. # de personas mayores de 60 años en el hogar	14. # de personas mayores de 65	15. Acceso a agua para asumir o beber SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a fuente y vertiente SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario asiste con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de tiempo que lleva en el servicio a los usuarios o 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 el motivo según la Res 3280 de vacunación? Opción múltiple, sin opciones en mayúsculas	19.1 En caso de seleccionar en la pregunta anterior "1 .Otro", mencione cual.	20.Número personas con alguna enfermedad/discapacidad/gestantes en el hogar	21.Número de personas afiliadas a algún sistema médico	22. Novedad 1. (Cambio escuela) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Cambio vereda) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presenta alguna situación de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Fallecimiento) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Cambio de domicilio temporal) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Cambio de hogar) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los nombres de practicas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																														FECHA	HORA
1	1103.494	1030574444JUAN5TH3ARTC.MACIAS	Cedula de extranjeria	4444447	MATIL ARTAHOSAMBO	Telefonico seguimiento	3003439723			SI	4	2	1	0	SI	SI	SI	SI			3	1	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		EDUCAMOS Y ORIENTAMOS	10/09/2025	10:30
2	1103.48	4555HOTMAIL.COMJUEL7546782554222	Cedula de extranjeria	24422.457	MARRY RS 7784782554222	Telefonico seguimiento	3143577482	10:00	10:15	SI	1	1	0	0	SI	SI	SI	SI			0	1	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	ACTIVIDAD FISICA Y ATENCION PERSONAL CUIDADO DIGNIDAD	EDUCAMOS Y ORIENTAMOS	10/09/2025	10:30
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
21																																
22																																
23																																
24																																
25																																

LEIDY YOHANNA SANCHEZ
FIRMA DE AGENTE EDUCATIVO

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO PIA SITIADA

FT-P-11-003-07	VERSIÓN 8
Versión: 8	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

LEIDY YOHANNA SANCHEZ
FIRMA DE AGENTE EDUCATIVO

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