BIENESTAR FAMILIAR	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: 13/10/2020

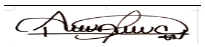
Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO SEDE 1

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	1.126.459.535	DANIELA VALENTINA ARCOS	2. Cédula ciudadanía	1.007.728.136	MARIA FERNANDA ARCOS	2. Telefónico seguimiento	3213814529	09:17	09:33	SI	5	1	0	0	SI	SI
2	1.126.459.377	JUAN FELIPE MARQUEZ CABEZAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.859	YUDY YURANY CABEZAS GONZALES	2. Telefónico seguimiento	3133141100	09:46	10:00	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1.126.143.390	MIGUEL ANGEL RUIZ BARRERO	2. Cédula ciudadanía	98.386.055	LUIS HERIBERTO RUIZ BARRERO	2. Telefónico seguimiento	3202919013	10:24	10:40	SI	4	1	0	0	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
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

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 Maria Arcos quien manifiesta que la niña se encuentra bien de salud y que no se han presentado novedades dentro del nucleo familiar.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	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 Yurany Cabezas quien da a conocer que su hijo y el resto de los integrantes del nucleo familiar se encuentran bien de salud y que no se han presentado novedades dentro del nucleo familiar.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	09:30
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación conel señor Luis Ruiz padre del menor quien manifiesta que el niño se encuentra bien de salud al igual que el resto del nucleo familiar.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	10:00
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
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

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: CORONA MARIA SALAZAR PERENGUEZ

13 DE OCTUBRE 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO JARDIN MAPA

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)	MARIA SALAZAR PERENGUEZ 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	1124563833	ESCARLETT SOFIA BRAVO HERNANDEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1006534609	DEYSI FERNANDA HERNANDEZ MORENO	2. Telefonico seguimiento	3144883159	08: 00 am	08:20 a.m.	SI	5	1	NO	NO	SI	SI
2	1124567949	VALERY ALEXANDRA GUERRERO OROZCO	CEDULA DE CIUDADANIA	41.120.389	MARIA JAIMED GUERRERO	2. Telefonico seguimiento	3115150303	10:00 a.m.	10:20 am	SI	6	1	NO	NO	SI	SI
3	1122316812	SAMUEL DAVID MURCIA MONTILLA	CEDULA DE CIUDADANIA	1.123.355.454	ANA ISABEL MONTILLA TELLO	2. Telefonico seguimiento	3123348183	13:00	01:15 p.m.	SI	3	1	NO	NO	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
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: (Ayudas 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 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	19 DE OCTB 2020	08:00
2	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19 DE OCTB 2020	10:00 am
3	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19 DE OCTB 2020	01: 00 pm
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F3.JG.LMS.PP	02/08/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F3.JG.LMS.PP	02/08/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 13/10/2020

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						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 " Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visibles o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Retos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Retos 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	1140327720	Kimi Alexander Vallejo Martinez	3. Cédula ciudadanía	38.473.966	Elda Esperanza Martinez Flores	2. Telefónico seguimiento	3137130109	11:00	11:15	SI	5	1	0	0	SI	SI	1	SI	SI			NA	NA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		Llamada de seguimiento y creamos espacio para la exploración, el juego y la recreación en el hogar.	19/10/2020	10:00
2	1124449095	Willian Emanuel Venegas Guevara	3. Cédula ciudadanía	1.083.905.230	Yenmy Lorena Guevara Ceballos	2. Telefónico seguimiento	3214680871	14:00	14:15	SI	2	1	0	0	SI	NO	2	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre del niño manifiesta que ellos viven en una vereda y que por la situacion no ha podido trabajar y no cuenta con los recursos para comprar sus alimentos(huevo y verduras), además no puede desplazarse a el pueblo para comprar.	Llamada de seguimiento y creamos espacio para la exploración, el juego y la recreación en el hogar.	19/10/2020	14:30
3	1124349080	Gael Ardila Rojas	3. Cédula ciudadanía	1.127.971.294	Yurley Ardila Rojas	2. Telefónico seguimiento	3173993760	14:30	14:50	SI	3	1	0	0	SI	NO	2	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 mucho mas normal y manifiesta que ha perdido su trabajo.	Llamada de seguimiento y creamos espacio para la exploración, el juego y la recreación en el hogar.	19/10/2020	14:00
4	1124438775	Dylan Andrey Cerrera Hernandez	3. Cédula ciudadanía	41.121.834	Gisley Sonia Hernandez	2. Telefónico seguimiento	3102479864	15:20	15:35	SI	4	1	0	0	SI	SI	4	SI	SI			NA	NA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Tiene gripa y tiene un nacido.	Llamada de seguimiento y creamos espacio para la exploración, el juego y la recreación en el hogar.	19/10/2020	14:30
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
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

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

Fecha: 10-oct-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CENTRO DE ENCANTADO I

Código Unidad de Servicio (UDS): 60827896

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 aisladas 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. (Seleccionar) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Riáticos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Riáticos alimentarios – hosterías) 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	75139661	DIHIR MOISES SARABIA MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	25.683.535	GIOVANNZ ANSETH SARABIA	1.Telefónico pedagógico	3.05.6505.549	2:00pm	2:35pm	SI	10	3	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SE CUMENTO AL DOCUMENTO 2	19/10/2020	9:00am
2	1.102015.9305	DIANNA SOFIA PASCAL VACA	2. Cédula ciudadanía	41.120.350	ROSA MAGIN VACA RAMOS	1.Telefónico pedagógico	3.135895969.5	2:00pm	2:35pm	SI	3	1	1	2	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SE CUMENTO AL DOCUMENTO 1	19/10/2020	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!

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

FI.A1.LMLPP	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: 06 DE OCTUBRE DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HUACAPO DESCANSO

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 adultas a bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas seguridad) 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 – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Bólsita 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/aaaa	hh:mm
1	1.126.163.681	ANA ISSELL CASTRO GETIAL	2. Cédula ciudadanía	1.126.464.676	GLORIA ESPERANZA GETIAL	TELEFONICO PSICOSOCIOCO	3172429621	1:00PM	1:10PM	SI	4	1	0	0	SI	SI	1	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL SEGUIMIENTO	19/10/2020	9:00am
2	1.126.163.735	JOSHEP ALEJANDRO PATIÑO PATIÑO	2. Cédula ciudadanía	45.177.001	PATRICIA EDITH PATIÑO	TELEFONICO PSICOSOCIOCO	3004104432	8:00AM	8:15 am.	SI	6	1	0	0	SI	SI	2	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL SEGUIMIENTO	19/10/2020	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 ambiente!

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR HUILA - PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN AUTORIZACIÓN

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 - PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN AUTORIZACIÓN

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
F1-A11.SEC-PP
Versión 7
SEGURO
Página 2 de 2
Clasificación de la información

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

Fecha: OCTUBRE 11 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 68001000007

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. 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	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 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	1006189822	CHLAN SANTIAGO CARDENA LEONARDO A	1. Cedula de extranjeria	27.662.167	CARLYN LURDANETA	1. Telefónico-pedagógico	3206419782	09:00	09:40	SI	3	1	0	0	SI	SI	1	SI	SI	1. Otro		0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	13/10/20	09:00
2	1124189169	NOA ISABELLA VILLAREAL MONDEGO	3. Cedula ciudadania	1.124.862.708	CAMILA ALEJANDRA MONDEGO BURGANO	1. Telefónico-pedagógico	3206097503	09:00	09:40	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	1. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	13/10/20	09:00
3	1124189182	SAMUEL NICOLAS MINA LAYTON	3. Cedula ciudadania	1.124.4.58.870	WILDAN CARVAJALCIFUN	1. Telefónico-pedagógico	3012.597564	09:00	09:40	SI	5	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	1. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	13/10/20	09:00

Firma del agente educativo

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

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G3.L5#3.PP	02/09/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 13/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 3042140 DIDACTICO SEDE

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	1129493140	LUISA FERNANDA LOPEZ TORREZ	3. Cedula ciudadania	1.061.016.267	CARMEN LLIMA TORREZ	2. Telefonico seguimiento	3165393340	02:00	02:15	SI	5	1	0	0	SI	SI
2	1122334591	JHOSER SANTIAGO CHAPID HEROSO	3. Cedula ciudadania	1.066.923.564	ABIGENIS HEROSO	2. Telefonico seguimiento	3113212312	02:30	02:35	SI	3	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			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	19/10/2020	11:30
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	19/10/2020	02:00
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

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G3.L5#3.PP	02/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

MAILY FAJARDO

Firma del agente educativo

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: WARLU CORAL OSPINA

13 DE OCTUBRE DEL 2020

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

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						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 accedido 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 cuál.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas alérgicas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Mortas 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	1140015401	DYLAN ALEXANDER BENAVIDES VERA	CEDULA DE CIUDADANIA	27.354.550	DORYS OTAYA	1. Telefónico pedagógico	3115312395	08:00 am	08:20 a.m.	SI	5	1	NO	2	SI	SI	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	se realizo la llamada de acompañamiento,donde la abuela del niño manifiesta que se encuentran pasando por una calamidad domestica muy difícil, afectando al niño, mantenendose derecido, pensativo y triste. Se informa a apoyo psicosocial.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO, PRACTICAS 10 12 Y 13	19 DE OCTUBRE DEL 2020	08:00 a.m.
2	1130164893	MANUELA ALEJANDRA ALVAREZ GOMEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1.130.606.458	DEISY YAZMIN GOMEZ INSUASTY	1. Telefónico pedagógico	3216328218	08:40 a.m.	8:55 am	SI	4	1	NO	0	SI	SI	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO, [illegible]	19 DE OCTUBRE [illegible]	08:30
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.LM3.PP | 02/09/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 12-oct-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" , 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: (Antes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Antes 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	1007213573	LAUREN MARIANA TOVAR RUALES	3. Cédula ciudadanía	1007521348	YULIANA ANDREA RUALES OROZCO	2. Telefónico seguimiento	3177788645	09:41	09:54	SI	3	1	0	0	SI	SI	1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	09:00
2	1123413223	DANNA LUCIA SANTACRUZ TEJADA	3. Cédula ciudadanía	41151654	LIDIA DINA GOMEZ CACEDO	2. Telefónico seguimiento	3209200743	11:45	12:05	SI	4	2	0	0	SI	SI	2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA SEÑORA LIDIA DINA GOMEZ RECIBE EL ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO DE HOY, PIDO TAMBIEN PARTICIPAR EN DICHA LLAMADA LA SEÑORA ANA ROCIO TEJADA GOMEZ. LA SEÑORA LIDIA DINA GOMEZ INFORMA QUE HABIA PROTOCOLIZADO LA CONSULTA EN EL CENSO LA INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE NACIMIENTO DE SUS DOS HIJOS HACE APROXIMADAMENTE UN MES. LA SEÑORA ANA ROCIO INFORMA QUE ELLA ASISTE DIARIAMENTE A LA CASA DE LA TIA PARA VISITAR SUS HIJOS Y ES ELLA QUIEN REALIZA LAS EXPLORACIONES Y DEMAS EVIDENCIAS A LA MAESTRA	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	09:30
3	1124867849	SAMUEL DAVID ALVARADO BURGANO	3. Cédula ciudadanía	1124656001	ALEJANDRA MILISETH BURGANO MONROY	2. Telefónico seguimiento	3209492914	12:33	12:48	SI	4	1	0	0	SI	SI	3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA SEÑORA ALEJANDRA MILISETH BURGANO INFORMA A LA MAESTRA QUE LUEGO A VISITA EN CASA CON HERRAMIENTAS SU ESPOSO Y SU EST ADA SERA ANDAR NADA PUEST O QUE CONSIGUIO ESTAR MAS NOCHES EL MUNICIPIO POR TAL MOTIVO ALMACENTO A CUATRO MIEMBROS EN EL HOGAR.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	10:00
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!
Línea gratuita Bienestar Familiar para reportar casos de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes: 018000 91 8080 desde celulares #542 o al correo electrónico

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Línea gratuita Bienestar Familiar para reportar casos de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes: 018000 91 8080 desde celulares #542 o al correo electrónico

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ROSAPASTORAMORALESGOMES

Fecha: 13/10/2020

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

Codigo Unidad de Servicio (UDS): 8.69E5E-13

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. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
		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. (Ausentismo)	23. Novedad 2. (Ausentismo)	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)	25. Novedad 4. (Sedentarismo)	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los numeros de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1000285047	TOMAS YELA POSSO	3. Cédula ciudadanía	1.193.610.662	LEONARDO YELA	1. Telefónico pedagógico	3168170606, 3136599233	01:00	01:20	SI	4	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	Otro	Aun el esquema de vacunacion esta completo	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizó el proceso de seguimiento al	19/10/2020	08:10
2	1140215043	VALMA VICTORIA ORTIZ CUBILLOS	3. Cédula ciudadanía	1.126.458.067	DEYMER ORTIZ CABRERA	1. Telefónico pedagógico	3157448707	01:35	01:50	SI	4	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	Otro	Aun el esquema de vacunacion esta completo	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizó el proceso de seguimiento al	19/10/2020	08:40
3	7504512	SEBASTIN JOSE PERES CANELON	5. Cedula de extranjería	27.814.459	MARIANGEL STEFANI CANELON	1. Telefónico pedagógico	3219474281	02:05	02:20	SI	4	2	0	0	SI	SI	3	SI	NO	Otro	Aun el esquema de vacunacion esta completo	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizó el proceso de seguimiento al	19/10/2020	09:00
4																	4															
5																	5															
6																	6															
7																	7															
8																	8															
9																	9															
10																	10															
11								hh:mm	hh:mm								11															
12								hh:mm	hh:mm								12															
13								hh:mm	hh:mm								13															
14								hh:mm	hh:mm								14															
15								hh:mm	hh:mm								15															
16								hh:mm	hh:mm								16															
17								hh:mm	hh:mm								17															
18								hh:mm	hh:mm								18															
19								hh:mm	hh:mm								19															
20								hh:mm	hh:mm								20															
21								hh:mm	hh:mm								21															
22								hh:mm	hh:mm								22															
23								hh:mm	hh:mm								23															
24								hh:mm	hh:mm								24															
25								hh:mm	hh:mm								25															

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 SU USO INDEBIDO PUEDE GENERAR SANCIONES DE ACUERDO CON LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013

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

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y SU USO INDEBIDO PUEDE GENERAR SANCIONES DE ACUERDO CON LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SAMANTHA OSEGUEDA GUTIZ

Fecha: 13 DE OCTUBRE 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. Telefono	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
0	1143015541	DYLAN SAMUEL TORO BERMUDEZ	3. Cedula ciudadania	1143015541	DILETH PAOLA SERNA HUERTAS FERNANDES	2. Telefonico seguimiento	3168160433	9:00am	9:30am	SI	2	1	0	0	SI	SI
2	7319466	DAYSELYS NAZARETH ZAMBRANO DIAZ	3. Cedula de extranjeria	2633733	WINYSELYN ADELINA DIAZ BELTRAN	2. Telefonico seguimiento	3118126346	09:00am	09:30am	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	8749286	BRITT AMIT THING GALVIS CASTRO	3. Cedula de extranjeria	20742308	HELEN THING CASTRO LOPEZ	2. Telefonico seguimiento	3212527244	09:30am	09:50am	SI	6	2	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		
	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. (Ollas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ollas 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		llamada para el seguimiento al desarrollo de la ruta	19/OCTUBRE/2020	03:00pm
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 ruta	19/OCTUBRE/2020	09:00am
3	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 ruta	19/OCTUBRE/2020	09:30 am
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!
LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CONFIDENCIAL Y DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD. PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL SIN AUTORIZACIÓN

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.L5#3.PP | 02/09/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 13-oct-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	1.126.142.101	EROK YANA BISACUNI CIFUENTES	3. Cédula ciudadanía	27.442.899	ALEIDA NACELA EDAZO VALDEZ	1. Telefónico pedagógico	3163418516	10:03	10:13	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1.130.164.961	DILAN SEBASTIAN ANDRADE HERNANDEZ	3. Cédula ciudadanía	1.114.827.314	MARCELA HERNANDEZ SANTANDER	1. Telefónico pedagógico	3163426527	10:03	10:03	SI	7	1	0	0	SI	SI
3	1.140.015.792	ADRIANA ISABELLA VILLAROEL DOMINGUEZ	3. Cédula ciudadanía	1.126.455.998	ADRIANA DOMINGUEZ	1. Telefónico pedagógico	3137161032	10:40	10:53	SI	4	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		
	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	NO	7.Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD PROXIMA CITA A FINALIZAR	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	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	19/10/2020	10:00
3	SI	NO	7.Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD PROXIMA CITA A FINALIZAR	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	10:40
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.G1.L5#3.PP	02/09/2025
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G1.L5#3.PP	02/09/2025
		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: 13-oct-25

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.08832E+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	1143015823	ALDREY VALERIA PINCHAO MALPUD	3. Cédula ciudadanía	37121794	MARIA ANIETH MALPUD TAQUES	1. Telefónico pedagógico	3206981392	08:00:00 a.m.	08:20:00 a.m.	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1143015882	ELVIN FELIPE GUERRERO ENRIQUEZ	3. Cédula ciudadanía	41125897	LEIDY MARBELL ENRIQUEZ ALVARADO	1. Telefónico pedagógico	3104563483	11:30:00 a.m.	11:50:00 a.m.	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1125963833	JHOJAN SITHEN BENAVIDES SUAREZ	3. Cédula ciudadanía	1005849105	SANDRA MILENA SUAREZ HOYOS	1. Telefónico pedagógico	3138857600	02:00:00 p.m.	02:11:00 p.m.	SI	2	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		
	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. (Ertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ertas 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-oct-25	8:30:00 a.m.
2	SI	NO	7.Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	15-oct-25	10:30:00 a.m.
3	SI	NO	7.Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	14-oct-25	10:00:00 a.m.
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 ambiente!

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES VIGENTE DE LA ENTIDAD, PUESTA A DISPOSICIÓN DE LOS TITULARES EN WWW.ICBF.GOV.CO

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

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES VIGENTE DE LA ENTIDAD, PUESTA A DISPOSICIÓN DE LOS TITULARES EN WWW.ICBF.GOV.CO

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G1.L5#1.PP	02/08/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G1.L5#1.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: 13/10/2020

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	1144636446	DILAN SAMUEL ARCOS SOTO	2. Cedula ciudadania	1.073.237.234	ANGELEIDY SOTO HOYOS	2. Telefonico seguimiento	3133301982	09:00	09:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	7522136	ARON ANTONIO ESAVELTAN RODRIGUEZ	3. Cedula de extranjeria	24.429.187	MALKARY YELITAN RODRIGUEZ	2. Telefonico seguimiento	3124077182	10:00	10:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9								Hora:	Hora:							
10								Hora:	Hora:							
11								Hora:	Hora:							
12								Hora:	Hora:							
13								Hora:	Hora:							
14								Hora:	Hora:							
15								Hora:	Hora:							
16								Hora:	Hora:							
17								Hora:	Hora:							
18								Hora:	Hora:							
19								Hora:	Hora:							
20								Hora:	Hora:							
21								Hora:	Hora:							
22								Hora:	Hora:							
23								Hora:	Hora:							
24								Hora:	Hora:							
25								Hora:	Hora:							

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: (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	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO TIENE FRUTAS Y VERDURAS POR FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	19/10/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	19/10/2020	11:00
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9															dd/mm/aaaa	Hora:
10															dd/mm/aaaa	Hora:
11															dd/mm/aaaa	Hora:
12															dd/mm/aaaa	Hora:
13															dd/mm/aaaa	Hora:
14															dd/mm/aaaa	Hora:
15															dd/mm/aaaa	Hora:
16															dd/mm/aaaa	Hora:
17															dd/mm/aaaa	Hora:
18															dd/mm/aaaa	Hora:
19															dd/mm/aaaa	Hora:
20															dd/mm/aaaa	Hora:
21															dd/mm/aaaa	Hora:
22															dd/mm/aaaa	Hora:
23															dd/mm/aaaa	Hora:
24															dd/mm/aaaa	Hora:
25															dd/mm/aaaa	Hora:

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

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

Este documento es propiedad de Compensar y su información es de uso exclusivo para el desarrollo de las actividades propias de la Caja de Compensación Familiar. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización escrita de Compensar. Cualquier uso indebido de la información contenida en este documento será responsabilidad de quien lo realice.

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