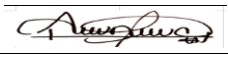
Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: AURA DILCIA CUARAN PALMA

Fecha: 14/10/2020

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	1.126.459.750	MARIANA ISABELLA PEJENDINO PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.445.799	EMMA CECILIA PEJENDINO PERENGUEZ	1. Telefónico seguimiento	3115037049	13:45	14:01	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1.126.143.828	EDGAR SAMUEL MENENDEZ CRUZ	2. Cédula ciudadanía	31.430.799	GLORIA ISLENY CRUZ CARMONA	1. Telefónico seguimiento	3223214087	14:13	14:27	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	215059097-0	EMMANUEL GARCIA PALMA	2. Cédula ciudadanía	1.126.452.328	OBDULIA MARILEY CORDOBA MAFLA	1. Telefónico seguimiento	3219495756	14:42	15:00	SI	6	2	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

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

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Emma Pejendino Perenguez madre de la menor quien manifiesta que la niña sigue presentando	SEGUIMIENTP AL DESARROLLO	19/10/2020	10:30
2	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	SEGUIMIENTP AL DESARROLLO	19/10/2020	11:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Marley Cordoba tia del menor quien manifiesta que el niño presenta en el momento una gripa y que hasta el	SEGUIMIENTP AL DESARROLLO	20/10/2020	09:00
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 MARÍA SALAZAR FERNÁNDEZ

14 DE OCTUBRE 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO JUEVES I AM'S

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						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 selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Ventas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ventas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																														dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1124957840	NANCY ALEJANDRA QUENGUAN COLLAZOS	CEDULA DE CIUDADANIA	1.124.456.009	DIANA ALEJANDRA COLLAZOS MARTINEZ	1. Telefónico pedagógico	3124146583	01:00 p.m.	01:20 p.m.	SI	4	1	NO	NO	SI	SI	1	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19 DE OCTUBRE 2020	8:30 am
2	1143015455	KAREN YINELET CARDENAS PORTILLA	CEDULA DE CIUDADANIA	1.124.427.012	KARL YHARINA CARDENAS PORTILLA	1. Telefónico pedagógico	3126768283	02:00 p.m.	02:20 p.m.	SI	4	1	NO	NO	SI	SI	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 OCTUBRE 2020	11:00 am
3	7713804	JHOANYS DAMIANELA VALLADARES PEREZ	CEDULA EXTRANJERIA	27127284	ABIGEL ANDREINA PEREZ RUIZ	1. Telefónico pedagógico	3156766231	02:30 p.m.	02:50 p.m.	SI	8	3	NO	NO	SI	SI	3	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19 DE OCTUBRE 2020	2:00 pm
4																	4														
5																	5														
6																	6														
7																	7														
8																	8														
9								hh:mm	hh:mm								9														
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

Corona María Salazar F.
Firma del agente educativo

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

Fecha: 14/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): BJ8655-12

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	1123133099	Valery Salome Erazo Silva	2. Cédula ciudadanía	1.006.997.497	Luisa Fernanda Silva Riascos	2. Telefónico seguimiento	3206614923	10:00	10:15	SI	2	1	0	0	SI	SI
2	1104439003	Sara Matthina Dussan Galindo	2. Cédula ciudadanía	1.075.232.754	Diana Dussan	2. Telefónico seguimiento	3168129403	11:00	11:15	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1143215721	Lian Alejandro Sanchez Asprilla	2. Cédula ciudadanía	1.077.438.465	Lady Asprilla Palacios	2. Telefónico seguimiento	3136068864	14:00	14:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							

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

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Papel(es) impreso(s) en la(s) cara(s) de la(s) hoja(s) que no(s) contiene(n) información(es) confidencial(es).
LOS DATOS RECOLECTADOS PODRÁN SER UTILIZADOS PARA FINES ESTADÍSTICOS, SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN PUBLICADOS, USADOS O CEDIDOS EN BENEFICIO DE TERCEROS.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Papel(es) impreso(s) en la(s) cara(s) de la(s) hoja(s) que no(s) contiene(n) información(es) confidencial(es).
LOS DATOS RECOLECTADOS PODRÁN SER UTILIZADOS PARA FINES ESTADÍSTICOS, SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN PUBLICADOS, USADOS O CEDIDOS EN BENEFICIO DE TERCEROS.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.G.LLMS.PP	03/06/2020
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: 19-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 6082786

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 Enfresa 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", menciones 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. (Administrativa) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Riesgos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Riesgos alimentarios – lactancia) 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	1.127.214.767	ANDRES FELIPE GOMEZ VELA	2. Cédula ciudadanía	1.127.214.767	EDNA LUJA VILA ROMORQUIZ	1.Telefónico pedagógico	3151.6232642	2:00pm	2:36pm	SI	3.5	2	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20/10/2020	9:00am
2	1.143.013.665	DOMINICK JULIAN CORAL ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.348	LEIDI VIVIANA ROSERO SOLANDS	1.Telefónico pedagógico	3186499700	2:40pm	2:56pm	SI	4	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20/10/2020	9:30am
3	1029405229	ELIE SAMARA MORALES CARDONA	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.840	ERIKA ALEJANDRA CARDONA RIVERA	1.Telefónico pedagógico	3212389462	3:00pm	3:16pm	SI	6	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20/10/2020	10:00am
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!

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE CORREO ELECTRÓNICO Y SUS ANEXOS ES CONFIDENCIAL Y SOLO PUEDE SER UTILIZADA POR SU DESTINATARIO. SI USTED NO ES EL DESTINATARIO AUTORIZADO, CUALQUIER REVISIÓN, DISTRIBUCIÓN, COPIA O USO DE ESTA INFORMACIÓN ESTÁ PROHIBIDO Y PUEDE SER ILEGAL. SI RECIBIÓ ESTE MENSAJE POR ERROR, POR FAVOR NOTIFÍQUELO INMEDIATAMENTE AL REMITENTE Y ELIMÍNELO DE SU SISTEMA.

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE CORREO ELECTRÓNICO Y SUS ANEXOS ES CONFIDENCIAL Y SOLO PUEDE SER UTILIZADA POR SU DESTINATARIO. SI USTED NO ES EL DESTINATARIO AUTORIZADO, CUALQUIER REVISIÓN, DISTRIBUCIÓN, COPIA O USO DE ESTA INFORMACIÓN ESTÁ PROHIBIDO Y PUEDE SER ILEGAL. SI RECIBIÓ ESTE MENSAJE POR ERROR, POR FAVOR NOTIFÍQUELO INMEDIATAMENTE AL REMITENTE Y ELIMÍNELO DE SU SISTEMA.

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

Fecha: 14 E OCTUBRE DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): RINCONCITO DICANTADO

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680031003287

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 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.	Número de personas con síntomas de enfermedad respiratoria 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 violaciones 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
5	905.130.558	KANELIS YUVANNA MORALES SAMRA	2. Cedula ciudadania	28.278.470	MAIDEL MARELLY SIMBAQUELTRAL	TELEFONICO PEDAGOGICO	3115803840	3:00PM	3:10PM	SI	6	2	0	0	SI	NO	5	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20/10/2020	11:30am
6	1.126.459.247	DILAN ADRIAN CAICEDO CADENA	3. Cedula ciudadania	1.006.996.923	ANGELA PATRICIA CADENA	TELEFONICO PEDAGOGICO	3126436786	10:00AM	10:10AM	SI	5	1	0	0	SI	NO	6	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20/10/2020	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!
Control de cambios: Este documento puede ser modificado sin previo aviso. Su impresión es una copia no controlada.
LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMATO ES DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD, PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN AUTORIZACIÓN.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Control de cambios: Este documento puede ser modificado sin previo aviso. Su impresión es una copia no controlada.
LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMATO ES DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD, PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN AUTORIZACIÓN.

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

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

Fecha: OCTUBRE 14 2026

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 68001010027

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACION 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	1128318270	ADILEIN MATHUS LLERENA HEREDIO	1. Cedula de extranjeria	3104545921	EDWIN FERNEY LLERENA	1. Telefónico-pedagógico	3113147803	10:00	10:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1112233322	ERICK SANTIAGO LANDINOA SILVA	2. Cedula ciudadania	1.088.230.478	EDWIN ALABOEDA	1. Telefónico-pedagógico	3147997828	10:00	10:30	SI	5	1	0	1	SI	SI
3	1128319138	ISSZTAI MARIANNASTTICANOYTENADORERDO	2. Cedula ciudadania	1.163.130.988	ANA MARCELA MADORERDO	1. Telefónico-pedagógico	3031980377	10:00	10:30	SI	3	1	0	0	SI	SI

Firma del agente educativo

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

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1 (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. (Sobrepeso) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Alertas alimentarias – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Alertas alimentarias – 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	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	15/10/26	09:00
2	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	15/10/26	09:00
3	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	15/10/26	09:00

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 14/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): 638682-12

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	1129658136	SANTIAGO GUEVARA SALAZAR	3. Cedula ciudadania	1.126.447.655	MARTHA LUCIA SALAZAR CUELTAN	2. Telefonico seguimiento	3214913940	11:00	11:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1011108568	JHON ALEXANDER SUAREZ	3. Cedula ciudadania	1.126.444.656	CONCHA DEL PILAR SUAREZ	2. Telefonico seguimiento	3185410486	11:20	11:35	SI	4	1	0	2	SI	SI
3	1.126.458.168	ERIK RAMIRO ASRAUJO	3. Cedula ciudadania	1.124.855.634	DINA CAROLINA QUIGUANA	2. Telefonico seguimiento	3163210471	02:00	02:15	SI	6	1	6	1	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 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	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	19/10/2020	11:00
2	SI	SI			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	EL ABUELO DEL USUARIO USA INHALADORES	SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	19/10/2020	11:30
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	19/10/2020	02:00
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

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.LM1LPP | 02/06/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARLU CORAL

14 DE OCTUBRE 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68E+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 niños y niñas 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 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. (Abrtas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alerta 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	1033060216	LAURA ISABELLA ENRRIQUEZ GALINDO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.060.206.842	YESICA LORENA GALINDO	1. Telefónico pedagógico	3113603626	09:00 am	09:20 a.m	SI	3	1	NO	1	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,	20 DE OCTUBRE	08:00 a.m.
2	1126459893	CRISVEL VALENTINA SUJIA GOYENECHE	CEDULA DE CIUDADANIA	1.124.868.880	CRISALIDA GOYENECHE	1. Telefónico pedagógico	3152199082	09:20 a.m.	9:40 am	SI	5	1	1	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,	20 DE OCTUBRE	09:30
3	1140015368	SHAILA SALOME ARROYO OVIEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	40.117.914	VILMA MARIA OVIEDO	1. Telefónico pedagógico	3188462145	10:00pm	10.15am	SI	11	2	NO	2	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,	20 DE OCTUBRE	4:0pm
4																	4													
5																	5													
6																	6													
7																	7													
8																	8													
9																	9													
10																	10													
11																	11													
12																														
13																														
14																	14													
15																	15													
16																	16													
17																	17													
18																	18													
19																	19													
20																	20													
21																	21													
22																	22													
23																	23													
24																	24													
25																	25													

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ENTIDAD PARA LA CUAL FUERON SUMINISTRADOS. LEY 1581 DE 2012 Y DECRETO 1377 DE 2013

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ENTIDAD PARA LA CUAL FUERON SUMINISTRADOS. LEY 1581 DE 2012 Y DECRETO 1377 DE 2013

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: MARGELIN ORTEGA GUTIERREZ

Fecha: 14-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					
	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	1140315816	JUAN JOSE TRUJILLO LOPEZ	3. Cedula ciudadania	1006994687	DEIDY JOHANA LOPEZ QUINCHOA	2. Telefonico seguimiento	3124388739	14:03	14:34	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1123693932	ANDRES MATHIAS HORTUA PEÑA	3. Cedula ciudadania	1124658891	KIMBERLIN VANESSA PEÑA SICHILLA	2. Telefonico seguimiento	3116620336	14:09	14:42	SI	7	2	0	0	SI	SI
3	1140315800	LUCIANA CASTRO RODRIGUEZ	3. Cedula ciudadania	1123646167	CAROL JANELINE RODRIGUEZ	2. Telefonico seguimiento	3205921597	15:03	15:18	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 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	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/09/2020	09:30
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA ACOMPAÑANTE ES KIMBERLIN VANESSA PEÑA SICHILLA MADRE DEL NIÑO ANDRES MATHIAS	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/09/2020	10:00
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/09/2020	10:30
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 ambiental
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES VIGENTE DE LA ENTIDAD

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES VIGENTE DE LA ENTIDAD

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ROSAPASTORAMORALESGOMES

Fecha: 14/10/2020

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

Codigo Unidad de Servicio (UDS): 8.69032E+12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						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 embrifas y niños de	jeres gestantes	personas mayore	a agua para coc	eso a frutas y ve		e vacunas actualizado, a	vicios de salud para la aplica	or sea "NO" , indague ¿Por qué no	ecciona en la pregunta anterior" 7.	Otras de enfermedas aisladas o t		ovedad 1. ¿Kortas e	edad 2. ¿Kortas en	suntos situaciones d	redad 4. (Sedenta	5. (Hábitos alimenta	6. (Hábitos alimenta	28. Otras novedades y observaciones					
			múltiple, ver opciones en m			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 multipl				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	**1140815846**	JUNIOR ESTEBAN GOMEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.454.645	BIRITH SOMARA GOMEZ	1. Telefónico pedagógico	3218337636	09:20	09:35	SI	4	1	0	0	SI	SI	4	SI	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			Se realizó el proceso de seguimiento al	15/10/2020	09:30
2	1126143012	MARLELIQUE SOFIA TRUJOS PAUCHOR	2. Cédula ciudadanía	1.004.248.947	YUDY MANUELA PAUCHOR	1. Telefónico pedagógico	3102006489	12:00	12:20	SI	4	1	0	0	SI	SI	9	SI	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			Se realizó el proceso de seguimiento al	15/10/2020	12:00
3	1126457550	VALERI FERNANDA CARDENAS GUERRERO	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.550	ROSA GUERRERO	1. Telefónico pedagógico	3218134546	10:20	10:40	SI	3	1	0	0	SI	SI	6	SI	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			Se realizó el proceso de seguimiento al	15/10/2020	10:30
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 SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD, LEY 1581 Y DECRETO 1377 DE 2013.

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

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD, LEY 1581 Y DECRETO 1377 DE 2013.

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

Fecha: 14 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						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 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. (Sobrelactancia) 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	1132016897	INGRID TATIANA SICUA CUAPUCAL	3. Cedula ciudadania	27160797	MARIA DEL CARMEN CUAPUCAL CUAUHICHIR	1. Telefonico pedagógico	3208323599	8:00am	8:30am	SI	7	2	0	0	SI	SI	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 niña.	03/11/2020 15:00hrs	03:00pm
2	1132016451	GABRIELA VAREZ OLIVARO	3. Cedula ciudadania	87073190	JUAN PABLO VAREZ FAJARDO	1. Telefonico pedagógico	3215780088	09:00am	09:30am	SI	3	1	0	0	SI	SI	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 niña.	03/11/2020 09:00hrs	09:00am
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

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

Fecha: 14-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8-BBSE--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	1126455815	SAMUEL ALEJANDRO CHULDE RONA	3. Cédula ciudadanía	41.119.847	SARA RONA POSSO	1. Telefónico pedagógico	3214382135	10:03	10:13	SI	7	1	0	1	SI	SI
2	1025969360	VALERY MELISA MACAS CHILQUISO	3. Cédula ciudadanía	1.114.120.232	FLOR YASMIN CHILQUISO	1. Telefónico pedagógico	3147360997	10:03	10:22	SI	7	1	0	1	SI	SI
3								hh:mm	hh:mm							
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , 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	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD PROXIMA CITA A LOS 4 MESES	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	11:00
2	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD PROXIMA CITA A LOS 4 MESES	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19/10/2020	11:00
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

Firma del agente educativo

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.G1.L5#3.PP	02/08/2025
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: 14-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						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 visitadas 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 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	1120143999	KIMBERLY SELEN PESCADOR VELA	3. Cedula ciudadania	69039139	MARIA KELLY DIAZ	1. Telefonico pedagógico	3138584333	02:10:00 p.m.	02:20:00 p.m.	SI	6	1	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	19-oct-25	02:30:00 p.m.
2	1140315873	MARIA JOSE VANEGAS CORAL	3. Cedula ciudadania	69086573	MARIA ALBA CORAL ORTEGA	1. Telefonico pedagógico	3123121098	02:30:00 p.m.	02:31:00 p.m.	SI	4	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	la orientacion telefonica se recibio la señora Alba Coral, abuela de la niña ya que ella esta acargo de la niña	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19-oct-25	11:30:00 a.m.
3	1140315582	JUAN SEBASTIAN CARLOSAMA RIZNA	3. Cedula ciudadania	1124643322	JUAN CARLOSAMA	1. Telefonico pedagógico	3223362314	03:00:00 p.m.	03:10:00 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	LA ORIENTACION DE LA EXPERIENCIA FUE DECIDA POR EL PADRE DEL NIÑO	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	19-oct-25	02:30:00 p.m.
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!

Recuerde imprimir solo en caso necesario, en hojas recicladas y a doble cara. Si es posible, no imprima a color.

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ADOPTADA POR EL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012.

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

Recuerde imprimir solo en caso necesario, en hojas recicladas y a doble cara. Si es posible, no imprima a color.

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ADOPTADA POR EL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.LM3.PP | 02/06/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 14/10/2020

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	1126458454	JHOAN SMITH LONDOÑO GILON	3. Cédula ciudadanía	41.121.847	ESPERANZA LONDOÑO GILON	2. Telefónico seguimiento	3133913987	02:00	02:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1126458440	LINA SAMUEL SERAVEDEZ MORA	3. Cédula ciudadanía	1.126.446.247	MARLENY NORALBA MORA SOLARTE	2. Telefónico seguimiento	3136545886	2:20	02:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1126458433	JHOSS. BENJAMIN GARCIA VALLEJO	3. Cédula ciudadanía	1.126.449.096	STEPHANY CAROLINA GARCIA VALLEJO	2. Telefónico seguimiento	3115271680	02:40	02:55	SI	2	1	0	0	SI	SI
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 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	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	08:30
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	19/10/2020	10:00
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

LEIDY YOHANNA SANCHEZ
Firma del agente educativo

LEIDY YOHANNA SANCHEZ
Firma del agente educativo

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

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