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: 15/10/2020

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	1.126.459.577	JOSE RAUL MEJIA GUAPUCAL	1. Tarjeta de identidad	1.006.994.929	LILI YOJANA MEJIA GUAPUCAL	2. Telefónico seguimiento	3208253599	10:33	10:49	SI	7	2	0	0	SI	SI
2	1.140.015.844	ANGELES DANIELA MONTOYA VARGAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.129	LEIDY VIVIANA VARGAS PASCAL	2. Telefónico seguimiento	3123904903	11:11	11:25	SI	4	2	0	0	SI	SI
3																
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

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

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?	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?	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?	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)	23. Novedad 2. (Alertas emocionales)	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 números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
	SI / NO	SI / NO	Opción múltiple, ver opciones en instructivo				SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA			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 Lili Mejia quien manifiesta que el niño al igual que el resto de la familia se encuentran bien de salud.	PRACTICAS: 10, 12 Y 13	20/10/2020	09:30
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Leidy Vargas quien manifiesta que no se han presentado novedades relacionadas con la niña y el resto del nucleo familiar.	PRACTICAS: 10, 11 Y 13	20/10/2020	10:00
3																
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

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F1-GAS-SEC-PP Versión 7	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Página 1 de 2
		Caracterización de la información	

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

Fecha: OCTUBRE 15 2026

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 88800100007

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	1126489520	FRANCISCO ADAN RUIN EVELEZ ALVAREZ	2. Cedula ciudadania	1.126.489.520	DIANA VINCI H ALVAREZ	2. Telefonico seguimiento	3023648503	10:00	10:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1126489577	JHOSTIN BLEAD ARANGO MENDIECO	2. Cedula ciudadania	41.117.687	ORTENSIA MENDIECO	2. Telefonico seguimiento	3154668687	10:00	10:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1126489589	ANGIHA VALENTINA BARRERA ARANGO	2. Cedula ciudadania	1.225.081.127	YURI ALEJANDRA ARANGO ARANGO	2. Telefonico seguimiento	3122378983	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!

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F1-GAS-SEC-PP Versión 7	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Página 2 de 2
		Caracterización de la información	

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. (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	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	29/10/26	08:00
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	29/10/26	08:00
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	29/10/26	08:00

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G1.L5#3.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G1.L5#3.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 10/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO SEDE 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	1045553794	Alice Salome Cuchala Andrade	2. Cédula ciudadanía	1.085.309.100	Yenny Katherine Andrade	2. Telefónico seguimiento	3033452111	10:00	10:15	SI	5	1	0	0	SI	NO
2	1104438712	Dianna Sofia Meneses Burbano	2. Cédula ciudadanía	1.126.451.870	Doris Carolina Meneses	2. Telefónico seguimiento	3113713961	14:00	14:15	SI	4	1	0	1	SI	SI
3								Hora	Hora							
4								Hora	Hora							
5								Hora	Hora							
6								Hora	Hora							
7								Hora	Hora							
8								Hora	Hora							
9								Hora	Hora							
10								Hora	Hora							
11								Hora	Hora							
12								Hora	Hora							
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			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que no tiene recursos económicos para comprar frutas y verduras ya que perdio su trabajo.	Llamada de seguimiento y creamos espacio para la exploración, el juego y la recreación en el hogar.	21/10/2020	10:00
2	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que no tiene empleo.	Llamada de seguimiento y creamos espacio para la exploración, el juego y la recreación en el hogar.	21/10/2020	11:00
3															dd/mm/aaaa	Hora
4															dd/mm/aaaa	Hora
5															dd/mm/aaaa	Hora
6															dd/mm/aaaa	Hora
7															dd/mm/aaaa	Hora
8															dd/mm/aaaa	Hora
9															dd/mm/aaaa	Hora
10															dd/mm/aaaa	Hora
11															dd/mm/aaaa	Hora
12															dd/mm/aaaa	Hora
25															dd/mm/aaaa	Hora

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Recuerde que usted es responsable de la información que reposa en este documento, por favor no lo deje en fotocopiadoras, impresoras o en cualquier lugar donde pueda ser visto por personas no autorizadas. La información contenida en este documento es de uso exclusivo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Copia Controlada.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Recuerde que usted es responsable de la información que reposa en este documento, por favor no lo deje en fotocopiadoras, impresoras o en cualquier lugar donde pueda ser visto por personas no autorizadas. La información contenida en este documento es de uso exclusivo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Copia Controlada.

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: AUXILIAR PEDAGOGICA CORONA MARIA SALAZAR PERENGUAZ

16 DE OCTUBRE 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO JUEPAZ I AAPI

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68E5E+12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1130164900	ETHAN DANIELSOLAÑOS TAMAYO	CEDULA DE CIUDADANIA	1006994959	JOHANAN ETHALY TAMAYO PLAZAS	1. Telefónico pedagógico	3205328314	10:00 a.m.	10:20 a.m.	SI	4	1	NO	1	SI	SI
2	1130427149	JAZMIN ALEJANDRA PINAHO PINCHAO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.455.683	DIEGO ZULEMY PINCHAO PANTOJA	1. Telefónico pedagógico	3206372203	11:00 a.m.	11:20 a.m.	SI	4	2	NO	NO	SI	SI
3	1126457575	ARIADNA SALOME ACOSTA CHAPID	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.452.308	ADRLENY CHAPID QUENGUAN	1. Telefónico pedagógico	3123326567	01:00 p.m.	01:20 p.m.	SI	4	2	NO	NO	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , 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: (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	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	la madre manifiesta que el niño tiene dianea leve y vomito que es porque le esta dando unas copas de leche.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20 DE OCTUBRE 2020	09:00 am
2	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20 DE OCTUBRE 2020	11:00 am
3	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	el padre de la menor manifiesta que por el momento se hesta ausente a la diranda por motivos de trabajo.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20 DE OCTUBRE 2020	01:00pm
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Coronaria Salazar P.

Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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

Fecha: 15-oct-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CENTRO DESCANSO

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 Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado 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. (Ráfaga alimentaria – comunity) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Ráfaga alimentaria – huisarias) 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	1.140031.9401	VALERY SOFIA RODRIGUEZ OYADOÑEZ	2. Cédula ciudadanía	1.136.489.602	CONSUELO DEL CARMEN OROÑOZ QUINTANCHALA	1. Telefónico pedagógico	3132009873	2:30pm	2:45pm	SI	5	3	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DOCUMENTO 1	23/10/2020	9:00am
2	1.140031.9404	JULIAN MICHALES RIVERA	2. Cédula ciudadanía	1.007.264.566	SARA FERNANDA MORALES RIVERA	1. Telefónico pedagógico	3114763215	3:00pm	3:15pm	SI	4	1	0	0	SI	SI	8	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HASTA EL DIA DE HOY EL USUARIO JULIAN MICHALES ESTUDIO COMO ASISTENTE DEL PROGRAMA, YA QUE SE RETIRA POR MOTIVOS QUE NO SE ENCUENTRA EN EL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO Y VUELVE EL PROXIMO AÑO	SEGUIMIENTO AL DOCUMENTO 1		
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!

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	PI.A2.LSBI.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	PI.A2.LSBI.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 16 A OCTUBRE DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HUACALITO DECATADO

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 atendida o bajo cuidado medico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas nutricionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Materiales) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Bibliot. alimentaria – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Bibliot. alimentaria – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1.124.886.142	THIAGO ANDRADE LUNA	2. Cédula ciudadanía	69.026.263	MARTHA SORAIDA ANDRADE	TELEFONICO PEDAGOGICO	3024600256	2:30PM	2:39PM	SI	7	1	0	1	SI	SI	1	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		02,03,06/OCT/20 AL 06/NOV/2020	20102020	9:00am
2	1.124.888.736	SAMUEL JOSE ROJAS PANTOJA	2. Cédula ciudadanía	37.087.422	MAYERLI ALEN PANTOJA ORDOÑEZ	TELEFONICO PEDAGOGICO	3208822871	6:30PM	6:40AM	SI	6	2	0	0	SI	SI	2	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		02,03,06/OCT/20 AL 06/NOV/2020	20102020	11:15am
3	1.124.889.419	KELY CRISTINA CHANCILLO LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.006.996.970	ANGIE CRISTINA LOPEZ HERMOSA	TELEFONICO PEDAGOGICO	3004396564	2:30PM	2:40PM	SI	4	1	0	2	SI	SI	3	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		02,03,06/OCT/20 AL 06/NOV/2020	20102020	8:00AM
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 CONFIDENCIAL Y DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD. SU USO INDEBIDO ESTÁ SANCIONADO POR LA LEY. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso de esta información está prohibido.

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. SU USO INDEBIDO ESTÁ SANCIONADO POR LA LEY. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso de esta información está prohibido.

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: MARI LUZ CORAL

10 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	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", 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 SI / NO / NO APLICA	22. Novedad 1. (Abortos 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
3	713	ISAIAS DANIEL LUCENA VALDEZ	CÉDULA EXTRANGERA	24572735	MARIA ANGELA VALDEZ	1. Telefónico pedagógico	3222258323	09:00 a.m.	09:20 a.m.	SI	4	2	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	20 DE OCTUBRE	09:00
5	1126142260	DOMINICK JHOSUET RIVERA CUELTAN	CÉDULA CIUDADANÍA	1.126.452.143	PAOLA ANDREA CUELTAN QUIROZ	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3217725435	10 :00 am	10:15am	SI	2	1	0	0	SI	SI	SI	NO	7. OTRO	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20 DE OCTUBRE	10:30
6	1126457576	ERICK FRANCISCO LAGOS GUERRON	CÉDULA CIUDADANÍA	1126454747	ERICA YESSERY GUERRON GOMEZ	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3148768232	10:40am	10:50	SI	7	1	0	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	11:00:00 a.m.
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14								hh:mm	hh:mm								14												dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm								15												dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm								16												dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm								17												dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm								18												dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm								19												dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								20												dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm								21												dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm								22												dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm								23												dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm								24												dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm								25												dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.L5#3.PP | 02/06/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 10-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	1140215797	ANI SANTIAGO SAMUDIO RAYERA	3. Cedula ciudadania	1124643907	ANGELA JISETH SAMUDIO RAYERA	2. Telefonico seguimiento	3209223446	09:03	09:18	SI	5	1	0	0	SI	SI
2	1123493666	MIRIAM CELESTE CARDONEZ LUCERO	3. Cedula ciudadania	1124656312	DEIDY YOLANDA CARDOÑEZ LUCERO	2. Telefonico seguimiento	3204386372	09:22	09:37	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1140215814	ADAM MARTIN FAJARDO PEDRANTA	3. Cedula ciudadania	1124641710	YENDY GERALDINE PEDRANT AMONROY	1. Telefonico seguimiento	3209462916	11:18	11:33	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: (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	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA SEÑORA ANGELA JISETH SAMUDIO RAYERA INFORMA A LA MAESTRA QUE EL NIÑO ANI SANTIAGO SAMUDIA RAYERA TIENE CITA DE VACUNACIÓN OPTAMOLÓGICA PEDIATRICA EN PRIMO DEL 30 OCTUBRE	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20/10/2020	09:30
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA SEÑORA DEIDY YOLANDA CARDOÑEZ LUCERO, MADRE DE LA NIÑA MIRIAM CELESTE CARDONEZ LUCERO INFORMA A LA MAESTRA QUE POR EL MOMENTO SOLO RECIBE LLAMADAS POR WHATSAPP 3204386372. DEBIDO A QUE EL TELEFONO NORMAL NO ESTA EN FUNCIONAMIENTO DESDE ANTERIOR SE HABLÓ PA RE LLAMADAS DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO SOLO VIA WHATSAPP.	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20/10/2020	10:00
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20/10/2020	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 ambiente!
Este documento es propiedad de la Fundación Mario Santo Domingo y no puede ser reproducido total o parcialmente sin su autorización escrita.
LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SERÁN UTILIZADOS EXCLUSIVAMENTE PARA LOS FINES PROPIOS DE LA ATENCIÓN Y EN NINGÚN CASO SERÁN CEDIDOS

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Este documento es propiedad de la Fundación Mario Santo Domingo y no puede ser reproducido total o parcialmente sin su autorización escrita.
LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SERÁN UTILIZADOS EXCLUSIVAMENTE PARA LOS FINES PROPIOS DE LA ATENCIÓN Y EN NINGÚN CASO SERÁN CEDIDOS

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.L5#3.PP | 02/06/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 10/10/2020

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	7328451	EINER JESUST ORREGA BAYADEZ	3. Cedula ciudadania	2341459	MARIA PEREZ	2. Telefonico seguimiento	3148744549	10:00	10:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1125653231	MARIA ALEJANDRA ZAMBRANO CORDOBA	3. Cedula ciudadania	1.234.581.182	LUISA FERNANDA CORDOBA	2. Telefonico seguimiento	3133744561	11:30	11:45	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1125653857	ALISSON SALOME ERAZO CHAVES	3. Cedula ciudadania	1.108.334.215	ANGELA CHAVES	2. Telefonico seguimiento	3157817019	02:00	02:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

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: (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		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	20/10/2020	11:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	20/10/2020	11:30
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	20/10/2020	02:00
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	PI.AI.LAIS.PP	03/08/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 10/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Local Identificador: ENCANTADO SECE

Codigo Unidad de Servicio (UDS): 8.69032E+13

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 embrías y niños de	ajeres 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	ección en la pregunta anterior"	7. Otras de enfermedas aisladas o t		ovedad 1. ¿Cortes s	edad 2. ¿Cortes en	suntos situaciones d	redad 4. (Sedenta	5. (Hábitos alimenta	6. (Hábitos alimenta	28. Otras novedades y observaciones		N. Fecha y hora siguiente llamad	
			múltiple, ver opciones en in			n múltiple, ver opciones en ma		hh:mm	hh:mm	SI / NO				SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC		SI / NO	SI/ NO	ción múltiple, ver opciones en 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	1140851515	SARAH CAIPE LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.067.044.478	OLGA LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3148970824	10:50	11:10	SI	4	1	0	0	SI	SI	7	SI	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizó el proceso de seguimiento al	21/10/2020	11:00
2	1124457994	ANGELY SOFIA ROSENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	32.765.302	CLARIZA MERINO VEGA	1. Telefónico pedagógico	3202833583	11:25	11:45	SI	4	2	0	0	SI	SI	8	SI	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizó el proceso de seguimiento al	21/10/2020	11:30
3	1123614290	SARA GABRIELA SANTACRUZ	2. Cédula ciudadanía	41.101.054	LIDIA GOMEZ	1. Telefónico pedagógico	3229320743	09:45	10:10	SI	3	2	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	21/10/2020	10:00
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11								hh:mm	hh:mm																									
12								hh:mm	hh:mm																									
13								hh:mm	hh:mm																									
14								hh:mm	hh:mm																									
15								hh:mm	hh:mm																									
16								hh:mm	hh:mm																									
17								hh:mm	hh:mm																									
18								hh:mm	hh:mm																									
19								hh:mm	hh:mm																									
20								hh:mm	hh:mm																									
21								hh:mm	hh:mm																									
22								hh:mm	hh:mm																									
23								hh:mm	hh:mm																									
24								hh:mm	hh:mm																									
25								hh:mm	hh:mm																									

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y SU USO INDEBIDO ESTA SANCIONADO POR 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 ESTA SANCIONADO POR LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013

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

Fecha: 15-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" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccionar en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas 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	1125653662	MATIUN ZHOVASTUVAN ZAMSIRAVO	3. Cédula ciudadanía	1125657963	LICETH NATALIA ZAMSIRAVO	1. Telefónico pedagógico	3214948258	10:00:00 a.m.	10:07:00 a.m.	SI	4	2	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		seguimiento al desarrollo	29-oct-25	10:00:00 a.m.
2	1125658509	MARIA JOSE VALDEZ RUALES	3. Cédula ciudadanía	1.126.455.151	LEIDY ANDREA RUALES CHULDE	1. Telefónico pedagógico	3104150045	10:00:00 a.m.	10:07:00 a.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		seguimiento al desarrollo	29-oct-25	10:00:00 a.m.
3	1140215883	SANTIAGO ENRIQUEZ AVILA	3. Cédula ciudadanía	1140215883	ELIA ALEJANDRA AVILA CASTRO	1. Telefónico pedagógico	3214265590	02:40:00 p.m.	02:47:00 p.m.	SI	4	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		seguimiento al desarrollo	29-oct-25	02:10:00 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

María Sonia Toro
Firma del agente educativo

María Sonia Toro
Firma del agente educativo

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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

Fecha: 15 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						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 alérteles 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 – 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	1037819806	GABRIEL SANTIAGO RUALES ALAPE	3. Cedula ciudadania	1003803408	WENDY ALEJANDRA TRUJILLO ALAPE	1. Telefonico pedagógico	3224338919	8:00am	8:30am	SI	3	1	0	0	SI	SI	si	No	7. Otro	(sin que su esquema de vacunas se encuentre al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No	Remitir solo por whatsApp	Llamada para el seguimiento al desarrollo del niño.	15 DE OCTUBRE 2020	08:00am
2	1143019468	SARA SOFIA MONTES SANABRIA	3. Cedula ciudadania	1124643160	KENS YULIETH SANABRIA RIVERA	1. Telefonico pedagógico	3213002148	08:00am	08:30am	SI	5	1	0	0	SI	SI	si	No	7. Otro	(sin que su esquema de vacunas se encuentre al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No		Llamada para el seguimiento al desarrollo del niño.	15 DE OCTUBRE 2020	08:00am
3								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
4								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
5								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
6								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
7								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
8								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
9								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
13								hh:mm	hh:mm																					dd/mm/aaaa	hh:mm
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

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

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

Fecha: 15-oct-25

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8-BBSS--12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						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", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Bertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos 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	9.309.826	ANDERSON MATIAS MORALES SIABA	3. Cedula ciudadania	28.278.470	MABEL MARCY SIABA BELTRAN	1. Telefonico pedagogico	3115803840	10:03	10:15	SI	6	2	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO O PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	29/10/2025	10:00
2	1.126.455.813	JHOSARE MARIANA LAGOS TORRES	3. Cedula ciudadania	1.126.452.879	KERLY YURLANDI TORRES JIMENEZ	1. Telefonico pedagogico	3209158321	10:20	10:32	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A LOS 4 AÑOS)	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	29/10/2025	10:20
3	1.140.015.761	SHARITH SOFIA BELALCAZAR RIVEROS	3. Cedula ciudadania	1.126.454.706	MARIA YIVELI RIVEROS	1. Telefonico pedagogico	3136115653	10:40	10:52	SI	4	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA A LOS 4 AÑOS)	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	29/10/2025	10:40
4																	4														
5																	5														
6																	6														
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: LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Fecha: 10/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): BOYAQUE CENTRO NIÑO DOTE 1

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	1129658000	SAMARA ALEJANDRA MALPUD TULCAN	3. Cedula ciudadania	1.126.456.6001	LEIDY ELIZABETH TULCAN	2. Telefonico seguimiento	3114427412	10:00	10:15	SI	4	2	0	0	SI	SI
2	1129658001	SANTIAGO ALEJANDRO MALPUD TULCAN	3. Cedula ciudadania	1.126.456.6001	LEIDY ELIZABETH TULCAN	2. Telefonico seguimiento	3114427412	10:00	10:15	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1083827685	EMILY CABALLERO TORO	3. Cedula ciudadania	1.083.909.749	LUIS FELIPE CABALLERO LOPEZ	1. Telefonico seguimiento	3165327637	02:00	02:15	SI	5	1	0	1	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" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Redes emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	20/10/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	20/10/2020	09:00
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	20/10/2020	02:00
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!