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

Fecha: 16/10/2020

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	1.140.015.846	YERLI DANELLY MANTILLA VARGAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.450.217	SANDRA PATRICIA VARGAS PASCAL	2. Telefónico seguimiento	3118837690	11:18	11:33	SI	5	1	0	0	SI	SI
2	1.126.459.662	SARA VALENTINA CORDOBA ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.648	ANGIE VIVIANA ROJAS MARTINEZ	2. Telefónico seguimiento	3143925551	14:25	14:41	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? 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 Sandra Vargas quien manifiesta que la niña se encuentra bien al igual que el resto de los integrantes del	PRACTICAS: 10, 12 Y 13	21/10/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Angie Rojas quien manifiesta que la niña se encuentra bien y que no se han presentado novedades dentro	PRACTICAS: 10, 12 Y 13	21/10/2020	09:30
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 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: 16/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): BJBMSS-12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	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	1122331010A0	Mariangel Bastidas Acosta	2. Cédula ciudadanía	41.183.073	Olga Patricia Acosta Mera	1. Telefónico pedagógico	3124235556	10:00	10:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1123-0536090	Samuel David Cuellar Gonzalez	2. Cédula ciudadanía	1.126.447.332	Yolanda Jackeline Gonzalez Jaramillo	1. Telefónico pedagógico	3223567493	11:00	11:15	SI	5	1	0	0	SI	NO
3								Opción	Opción							
4								Opción	Opción							
5								Opción	Opción							
6								Opción	Opción							
7								Opción	Opción							
8								Opción	Opción							
9								Opción	Opción							
10								Opción	Opción							
11								Opción	Opción							
12								Opción	Opción							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES								VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas 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	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que el padre no tiene empleo.	Llamada de seguimiento y creamos espacios para la exploración, el juego y la recreación en el hogar	22/10/2020	10:00
2	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que no tiene recursos económicos para comprar frutas y verduras	Llamada de seguimiento y creamos espacios para la exploración, el juego y la recreación en el hogar	23/10/2020	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
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Julio cc. 28Nueve

Firma del agente educativo

Julio cc. 28Nueve

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Piense en el medio ambiente antes de imprimir este documento. Si es necesario imprimirlo, hágalo en blanco y negro, en hojas recicladas y por ambas caras.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Piense en el medio ambiente antes de imprimir este documento. Si es necesario imprimirlo, hágalo en blanco y negro, en hojas recicladas y por ambas caras.

	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: AUXILIAR PEDAGOGICA CORONA MARIA SALAZAR PERENGUAZ

16 DE OCTUBRE 2020

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

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 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: (Ataxia social) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ataxia emocional) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	1126457712	JHOSELYN TAMARA MENDEZ ZAMBRANO	CEDULA DE CIUDADANIA	1006786288	YULI JULIANA ZAMBRANO SALAZAR	1. Telefonico pedagógico	3239085464	10:00 am	10:20 a.m.	SI	3	1	NO	NO	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO A DESARROLLO	21-DE-OCTB-2020	09:00 am
2	1140015378	KEVIN CAMILO ROJAS CARLOSAMA	CEDULA DE CIUDADANIA	1006788628	DARY A YOLIMAR CARLOSAMA SALAZAR	1. Telefonico pedagógico	3144758971	11:00 am	11:20 a.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 A DESARROLLO	21-DE-OCTB-2020	11:00 a.m.
3																	3														
4																	4														
5																	5														
6																	6														
7																	7														
8																	8														
9																	9														hh:mm
10								hh:mm	hh:mm								10													dd/mm/aaaa	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm								11													dd/mm/aaaa	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm								12													dd/mm/aaaa	hh:mm
13								hh:mm	hh:mm								13													dd/mm/aaaa	hh:mm
14								hh:mm	hh:mm								14													dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm								15													dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm								16													dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm								17													dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm								18													dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm								19													dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								20													dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm								21													dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm								22													dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm								23													dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm								24													dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm								25													dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

¿LOS DATOS ALMACENADOS EN ESTE FORMATO SON CONFIDENCIALES? LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN ESTE FORMATO ES CONFIDENCIAL, SOLO PUEDE SER CONOCIDA Y USADA POR LA UNIDAD A LA QUE ESTÁ DIRIGIDA

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

¿LOS DATOS ALMACENADOS EN ESTE FORMATO SON CONFIDENCIALES? LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN ESTE FORMATO ES CONFIDENCIAL, SOLO PUEDE SER CONOCIDA Y USADA POR LA UNIDAD A LA QUE ESTÁ DIRIGIDA

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

Fecha: 16-abr-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 00082786

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. (Riáticos alimentarios – comunes) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Riáticos alimentarios – nuevos) 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	1124458257	KYLIE RAMIREZ CAMPAÑA	2. Cédula ciudadanía	1.079.173.381	JESSER ORREÑO NIETO	1.Telefónico pedagógico	3142351755	9:00am	9:30am	SI	1	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	22/10/2020	9:00am
2	1124458520	EDDY SAMUEL CISNEROS BECERRA	2. Cédula ciudadanía	1.066.133.401	SANDRA MILENA RECIRRA SUAZA	1.Telefónico pedagógico	3209656272	8:30am	9:45am	SI	2	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	22/10/2020	10:00am
3	1124458504	MICHEL VICTORIA HOYOS VELASCO	2. Cédula ciudadanía	91.702.360	BIBIENTA VILLASCO QUINTANA	1.Telefónico pedagógico	3176528264	10:00am	10:15am	SI	7	2	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	22/10/2020	2:00pm
4	1120364961	LOWIN CALST BERAVIDES VEGA	2. Cédula ciudadanía	41.119.861	ALEIDA BERAVIDES VEGA	1.Telefónico pedagógico	3201866805	10:30am	10:45am	SI	2	1	0	0	SI	SI	4	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	EL NIÑO LOWIN BERAVIDES INGRESA EL DIA DE HOY.	ACOMPAÑAR AL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PAT Y ME	22/10/2020	2:00pm
5	1140051642	YHOSEDL ALEX SANTIAGO ARIAS GETIAL	2. Cédula ciudadanía	1.122.337.411	DEINNI LUCIA GETIAL	1.Telefónico pedagógico	3206529372			NO	9	1	0	0	SI	SI	5	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SE INGRESO VARIAS VECES DURANTE EL DIA PERO NO FUE POSIBLE REALIZAR LA LLAMADA TELEFONICA AL NIÑO YHOSEDL YA QUE EL CELULAR DE LA MADRE SE ENCUENTRA ROMPIADO, YEL CELULAR DE LA ACUDIENTE DICE QUE ES UN NUMERO EQUIVOCADO.		19/10/2020	2:00pm
6																	6																
7																	7																
8																	8																
9																	9																
10																	10																
11																	11																
12																	12																
13																	13																
14																	14																
15																	15																

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
F1-A11.MN.PP
Versión 7
Página 2 de 2
Caracterización de la intervención

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

Fecha: OCTUBRE 15 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8800010007

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 5 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	1020117318	MIRANDA GOFA MCRODRIGUEZ MENDOZA	1. Cedula de extranjeria	10.107.744	ROSA MIA MENDOZA	2. Telefónico seguimiento	3112782203	09:00	09:01	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1130544870	JAZON LUCIANA OTERO GUERRERO	3. Cedula ciudadania	1.124.456.191	ROSA MARIA GUERRERO	2. Telefónico seguimiento	3213554280	09:45	10:00	SI	4	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 (Ventas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ayudas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sobrantes) 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	30. ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	29-oct-20	10:00
2	SI	NO	7. Otro	30. ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	la señora janeth informa que lucia que viaje a la ciudad de pasto el dia viernes 9 de octubre con la mia, pedro luciano, su padre no encuentra estado de salud y no refiere con exactitud fecha de regreso	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	29-oct-20	10:00

Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

PI.AI.LMN.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: 19 DE OCTUBRE

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HUACALITO DESCANTADO

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 seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	Número de personas con síntomas de enfermedad respiratoria en el hogar.	21.Número de personas afectas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas seguridad) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Materiales) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Bólsita alimentaria – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Bólsita alimentaria – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																																dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1.124.869.374	ASDARIT SAMARA SEGURA BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	1.009.984.123	JESSICA JULIETH HERNANDEZ	TELEFONICO PEDAGOGICO	3205719150	11:30AM	11:45AM	SI	4	2	0	0	SI	SI	8	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	23/10/2020	2:00PM
2	1.124.459.265	MIDLIN SOFIA HOYOS VELASCO	2. Cédula ciudadanía	1.124.459.465	DUVY AYLEN HOYOS VELASCO	TELEFONICO PEDAGOGICO	3136421110	10:30AM	10:45AM	SI	3	1	0	0	SI	SI	9	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	23/10/2020	2:30PM
3	1.124.459.462	YENNY SALOME YOSE ZABERANO	2. Cédula ciudadanía	1.124.457.711	KEIRAMARCELA ZABERANO	TELEFONICO PEDAGOGICO	3206399652	2:00PM	2:15AM	SI	4	2	0	0	SI	SI	10	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	23/10/2020	3:00PM
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!

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.G1.L5#1.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: 16/10/2020

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	1233960928	ISABELA LUCIA KAPATAZ SEQUEDA	3. Cédula ciudadanía	1019597416827	RUT MALY KAPATAZ	2. Telefónico seguimiento	3155803430	09:00	09:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1120143413	CRISTY VALENTINA PERDIN GUEZ MARTINEZ	3. Cédula ciudadanía	1120445124579	ANGELA MARTINEZ	2. Telefónico seguimiento	3205972146	11:00	11:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1120143642	ABIGAIL REBECA BAEZ CASTRO	3. Cédula ciudadanía	102.658.527	ANGELICA CASTRO	2. Telefónico seguimiento	3134665739	02:15	02:30	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" , 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	20/10/2020	10:30
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO Y DESARROLLO	20/10/2020	11:00
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															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!

Para mayor información sobre el uso de este documento consulte el instructivo de diligenciamiento

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

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

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

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

16 DE OCTUBRE DEL 2020

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

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 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 cuál.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	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
7	1140015263	DILAN YESSID MUÑOZ GOMEZ	CÉDULA CIUDADANÍA	69.019.523	LUZ DARY GOMEZ	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3202543657	800:00 a. m.	9:10 a. m	SI	6	2	0	0	SI	SI	7	SI	SI	7. OTRO	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	23. DE OCTUBRE	11.30am
10	1126457340	THIAGO ACOSTA ESTRADA	CÉDULA CIUDADANÍA	27.168.584	ROCIO DEL CARMEN ESTRADA	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3222012391	9:35 am	09:55	SI	2	1	0	0	SI	SI	10	SI	SI	7. OTRO	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	23. DE OCTUBRE	2:00pm.
11	1126457354	MARIA SALOME CARLOSAMA REINA	CÉDULA CIUDADANÍA	1.126.457.078	CARINA ROCIO REINA VALLEJO	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3118856051	10.00 am	10:15	SI	5	2	0	1	SI	SI	11	SI	SI	7. OTRO	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	23. DE OCTUBRE	3:30p.m.
12																	12													
13																	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
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.L5PLPP | 02/08/2026
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-25

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500100307

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	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	750	ROSANGELA ANTONELLA CASTAÑEDA SALAZAR	3. Cedula de extranjeria	20467540	JOMAR KATERINNE SALAZAR QUINTERO	2. Telefónico seguimiento	3165897687	09:44	09:59	SI	5	1	0	0	SI	SI
2	1081064960	SOFIA SALOME PAZ QUEBANG	3. Cedula ciudadania	41182210	MARTHA CECILIA QUEMAG VALLEJO	2. Telefónico seguimiento	3103587630	10:10	10:25	SI	3	1	0	0	SI	SI
3								hh:mm	hh:mm							
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de 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: (Ferias sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ferias emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA MADRE MA JOMAR KATERINNE SALAZAR, MADRE DE LA NIÑA ROSANGELA ANTONELLA CASTAÑEDA SALAZAR, INFORMA A LA MAESTRA QUE DEBIDO A UN INCONVENIENTE EN SU TELEFONO HA TENIDO QUE CAMBIAR DE NUMERO EN DOS OPORTUNIDADES, POR EL MOMENTO ESTA CONTESTANDO LA MAMA CONVERSAMOS AL NUMERO 3165897687 Y AL 3046724467 (+54)5623882	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	21/10/2025	09:30
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	21/10/2025	10:00
3															dd/mm/aaaa	Hh:mm
4															dd/mm/aaaa	Hh:mm
5															dd/mm/aaaa	Hh:mm
6															dd/mm/aaaa	Hh:mm
7															dd/mm/aaaa	Hh:mm
8															dd/mm/aaaa	Hh:mm
9															dd/mm/aaaa	Hh:mm
10															dd/mm/aaaa	Hh:mm
11															dd/mm/aaaa	Hh:mm
12															dd/mm/aaaa	Hh:mm
13															dd/mm/aaaa	Hh:mm
14															dd/mm/aaaa	Hh:mm
15															dd/mm/aaaa	Hh:mm
16															dd/mm/aaaa	Hh:mm
17															dd/mm/aaaa	Hh:mm
18															dd/mm/aaaa	Hh:mm
19															dd/mm/aaaa	Hh:mm
20															dd/mm/aaaa	Hh:mm
21															dd/mm/aaaa	Hh:mm
22															dd/mm/aaaa	Hh:mm
23															dd/mm/aaaa	Hh:mm
24															dd/mm/aaaa	Hh:mm
25															dd/mm/aaaa	Hh:mm

Firma del agente educativo

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: ROSAPASTORAMORALESGOMES

Fecha: 16/10/2020

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 enlas y niños de 5	ajeres gestantes	personas mayores	a agua para cocinar	eso a frutas y ve			e vacunas actualizado, a	vicios de salud para la aplicar	por sea "NO" , indague ¿Por qué no	ecciona en la pregunta anterior"	7. Otras de enfermedades	aladas o t	ovedad 1. (Kartas s	edad 2. (Kartas en	suntos situación d	ovedad 4. (Sedent	5. (Hábitos alimenta	6. (Hábitos alimenta	28. Otras novedades y observaciones	números de las práct	X. 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 instituc				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	1123143182	ALLISON SOFIA BENAVIDEZ NASTACUAS	2. Cédula ciudadanía	275.210	GLORIA MARINA CUARAN	1. Telefónico pedagógico	3114883385	11:00	11:20	SI	5	1	0	0	SI	SI	9	SI	NO	Otro	ue el esquema de vacunacion esta com	1	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizó el proceso de seguimiento al	21/10/2020	10:25
2	1030060211	JUAN SEBASTIAN CORREA VELASQUEZ	2. Cédula ciudadanía	69.021.649	DIANA CRISTINA VELASQUE CORREA	2. Telefónico seguimiento	3107874967	11:30	11:50	SI	3	1	0	0	SI	SI	10	SI	NO	Otro	ue el esquema de vacunacion esta com	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizó el proceso de seguimiento al	21/10/2020	12:35
3	1123317241	DILAN CAMILO SANCHEZ TORO	2. Cédula ciudadanía	1.123.107.774	ANGELA PAOLA TORO CAICEDO	1. Telefónico pedagógico	3152786279	12.	10:20	SI	3	1	0	0	SI	SI	6	SI	SI	Otro	porque el esquema de Vacunacion esta co	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		se realizó el proceso de seguimiento al	21/10/2020	1:00 P m.
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 LA LEY 1273 DE 2009

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 LA LEY 1273 DE 2009

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

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

Fecha: 16-oct-20

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

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1.058.204.918	PABLO CASTILLO RUBIO	3. Cédula ciudadanía	1.054.560.623	MAGE LOREN RUBIO ARCILA	1. Telefónico pedagógico	3123166356	09:03	09:10	SI	5	2	0	0	SI	SI
2	1.140.015.788	NICOLAS ANDRES ROJAS PINTOJA	3. Cédula ciudadanía	1.126.422.664	YENI SMITH ROJAS NAVARTNEZ	1. Telefónico pedagógico	3215584227	09:03	09:02	SI	5	2	0	0	SI	SI
3	1.126.458.833	EMMANUEL JAGETH CASTILLO MOSQUERA	3. Cédula ciudadanía	1.126.457.653	ELISABETH MOSQUERA	1. Telefónico pedagógico	3216729887	09:40	09:55	SI	2	1	0	0	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de 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	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 12, 13.	29/10/2020	10:00
2	SI	NO	7.Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 12, 13.	29/10/2020	10:00
3	SI	NO	7.Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 12, 13.	29/10/2020	10:40
4															dd/mm/aaaa	hh:mm
5															dd/mm/aaaa	hh:mm
6															dd/mm/aaaa	hh:mm
7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	P1.A1.L.MS.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 16-oct-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO II DCE

Código Unidad de Servicio (UDS): 5-8868-12

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. Número 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 adultas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Ámbito sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ámbito emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Indeterminas) 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	1112614125	ARIADNA SALOME CUASAN MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	1075279159	LUZ ADRIANA MARTINEZ PIMENTEL	1.Telefónico pedagógico	3102729490	09:00:00 a.m.	09:07:00 a.m.	SI	4	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otra	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20-oct-20	10:00:00 a.m.
2	9535378	ELIU DAVID MENDOZA TUA	3. Cédula de extranjería	264983556	BETSABE DEL CARMEN TUA PEREZO	1.Telefónico pedagógico	3002119371	11:00:00 a.m.	11:15:00 a.m.	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otra	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	20-oct-20	11:00:00 a.m.
3								Hora:	Hora:								3															Minutos	Hora:
4								Hora:	Hora:								4															Minutos	Hora:
5								Hora:	Hora:								5															Minutos	Hora:
6								Hora:	Hora:								6															Minutos	Hora:
7								Hora:	Hora:								7															Minutos	Hora:
8								Hora:	Hora:								8															Minutos	Hora:
9								Hora:	Hora:								9															Minutos	Hora:
10								Hora:	Hora:								10															Minutos	Hora:
11								Hora:	Hora:								11															Minutos	Hora:
12								Hora:	Hora:								12															Minutos	Hora:
13								Hora:	Hora:								13															Minutos	Hora:
14								Hora:	Hora:								14															Minutos	Hora:
15								Hora:	Hora:								15															Minutos	Hora:
16								Hora:	Hora:								16															Minutos	Hora:
17								Hora:	Hora:								17															Minutos	Hora:
18								Hora:	Hora:								18															Minutos	Hora:
19								Hora:	Hora:								19															Minutos	Hora:
20								Hora:	Hora:								20															Minutos	Hora:
21								Hora:	Hora:								21															Minutos	Hora:
22								Hora:	Hora:								22															Minutos	Hora:
23								Hora:	Hora:								23															Minutos	Hora:
24								Hora:	Hora:								24															Minutos	Hora:
25								Hora:	Hora:								25															Minutos	Hora:

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

Maria Sonia Toro

Firma del agente educativo

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

LA COPIA NO PROPORCIONA EL CONTROL TRATANDO QUE LOS CAMBIOS EN LA ULTIMA VERSION TRANSMITIDA POR EL SISTEMA MECANIZADO ESTEN. CRAC 7 # 12-15 P° 1 BOGOTA D.C.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F-L.AL.LML.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F-L.AL.LML.PP	02/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 16 DE OCTUBRE 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68632-12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. 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	1123453819	LAUREN DAMAY MONTOYA VARGAS	3. Cedula ciudadania	1123453129	LEIDY WIANA VARGAS PASCAL	1. Telefonico pedagógico	3123604903	8:00am	8:30am	SI	7	2	0	0	SI	SI
2	1123457804	MARLHEN GABRIELAQUINTERO CHINGUIL	3. Cedula ciudadania	1123452883	CLAUDIA XIMENA CHINGUIL HUALPA	1. Telefonico pedagógico	3147420898	09:00am	09:30am	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1123457879	JUAN FELIPE BETANCU SAMARIA	3. Cedula ciudadania	1123452022	MAGDALORENA SAMARIA CHARRIA	1. Telefonico pedagógico	3105123671	10:00am	10:30am	SI	5	1	0	0	SI	SI
4	1123458315	ROXIMERA ALEJANDRA JUANICO MALPUD	3. Cedula ciudadania	1123458169	MARYURI JIMENA MALPUD MALPUD	1. Telefonico pedagógico	3206003539	11:00am	11:30am	SI	2	1	0	0	SI	SI
5								12:00am	12:30am							
6								01:00am	01:30am							
7								02:00am	02:30am							
8								03:00am	03:30am							
9								04:00am	04:30am							
10								05:00am	05:30am							
11								06:00am	06:30am							
12								07:00am	07:30am							
13								08:00am	08:30am							
14								09:00am	09:30am							
15								10:00am	10:30am							
16								11:00am	11:30am							
17								12:00am	12:30am							
18								01:00am	01:30am							
19								02:00am	02:30am							
20								03:00am	03:30am							
21								04:00am	04:30am							
22								05:00am	05:30am							
23								06:00am	06:30am							
24								07:00am	07:30am							
25								08:00am	08:30am							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niños, niñas o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas alérgicas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Ferias sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ferias emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – huerta) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	si	No	7. Otro	por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No		llamada para el seguimiento al desarrollo de la nita.	23/OCTUBRE/2020	03:30am
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 nita.	23/OCTUBRE/2020	09:00am
3	si	NO	7. Otro	por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		llamada para el seguimiento al desarrollo del niño.	23/OCTUBRE/2020	09:30am
4	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 nita.	23/OCTUBRE/2020	10:00am
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
13															dd/mm/aaaa	Hora
14															dd/mm/aaaa	Hora
15															dd/mm/aaaa	Hora
16															dd/mm/aaaa	Hora
17															dd/mm/aaaa	Hora
18															dd/mm/aaaa	Hora
19															dd/mm/aaaa	Hora
20															dd/mm/aaaa	Hora
21															dd/mm/aaaa	Hora
22															dd/mm/aaaa	Hora
23															dd/mm/aaaa	Hora
24															dd/mm/aaaa	Hora
25															dd/mm/aaaa	Hora

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.G1.L9/L9-PP | 02/09/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 16/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): 638692-12

Código Unidad de Servicio (UDS): 638692

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	1125957829	RAFAEL JHUNNIOR PALTALOZADA	3. Cedula ciudadania	41.119.327	GLORIA INELENA LOZADA ANDRADE	2. Telefonico seguimiento	3215527949	09:00	09:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1125659438	ZOE ALEJANDRA CLAROS VASQUEZ	3. Cedula ciudadania	126.453.389	SONIA EMILSON VASQUEZ	2. Telefonico seguimiento	3142388595	09:30	09:45	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	7533654	CHRISTIAN ALEJANDRO RAMIREZ CAMACHO	3. Cedula de extranjeria	19.403.390	XIMENA BAPTIZ CAMACHO GRIZALES	2. Telefonico seguimiento	3201507723	10:00	10:15	SI	6	2	1	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: (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			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	EL HERMANO MAYOR DEL USUARIO ES ASIATICO	SEGUIMIENTO DESARROLLO	20/10/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		SEGUIMIENTO DESARROLLO	20/10/2020	02:00
3	SI	SI			0	0	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO TIENE FRUTAS NI VERDURAS POR FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	SEGUIMIENTO DESARROLLO	20/10/2020	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

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

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

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