	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: 20/10/2020

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

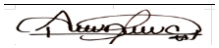
Código Unidad de Servicio (UDS): 8,6865E+12

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	215059097-0	EMMANUEL GARCIA PALMA	2. Cédula ciudadanía	1.126.452.328	OBDULIA MARILEY CORDOBA MAFLA	1. Telefónico pedagógico	3219495756	09:33	09:49	SI	6	2	0	0	SI	SI
2	1.126.459.577	JOSE RAUL MEJIA GUAPUCAL	1. Tarjeta de identidad	1.006.994.929	LILI YOJANA MEJIA GUAPUCAL	1. Telefónico pedagógico	3208253599	10:03	10:18	SI	7	2	0	0	SI	SI
3	1.140.015.844	ANGELES DANIELA MONTOYA VARGAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.129	LEIDY VIVIANA VARGAS PASCAL	1. Telefónico pedagógico	3123904903	11:20	11:34	SI	4	2	0	0	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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 Mariley Cordoba tia del menor quien manifiesta que el niño ya se encuntra bien de salud, al igual que el resto del nucleo familiar.	PRACTICAS: 11, 12 Y 13	23/10/2020	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 Lili Mejia quien manifiesta que el niño al igual que el resto de la familia se encuentran bien de salud.	PRACTICAS: 11, 12 Y 13	23/10/2020	09:30
3	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: 11, 12 Y 13	23/10/2020	10:00
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm



Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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

Fecha: 20/10/2020

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	1107035360	Wariangel Bastidas Acosta	2. Cédula ciudadanía	41.183.073	Olga Patricia Acosta Mora	1. Telefónico pedagógico	3124215550	10:00	10:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1140515730	Kini Alexander Vallejo Martinez	2. Cédula ciudadanía	38.473.966	Elba Esperanza Martinez Flores	1. Telefónico pedagógico	3137126109	10:20	10:35	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1120438775	Dylan Andrey Geneva Hernandez	2. Cédula ciudadanía	41.121.024	Ginley Sonia Hernandez	1. Telefónico pedagógico	3102479884	11:00	11:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
4	1126499095	Willian Emanuel Venegas Guevara	2. Cédula ciudadanía	1.083.900.250	Nermy Lorena Guevara Ceballos	1. Telefónico pedagógico	3214808971	14:00	14:15	SI	2	1	0	0	SI	NO
5								00:00	00:00							
6								00:00	00:00							
7								00:00	00:00							
8								00:00	00:00							
9								00:00	00:00							
10								00:00	00:00							
11								00:00	00:00							
12								00:00	00:00							
20								00:00	00:00							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Ventas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ventas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que el padre no tiene empleo.	Practicas 11.12, 13 y EXPLORAR SIN MIEDO	22/10/2020	10:00
2	SI	SI			NA	NA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		Practicas 11.12, 13 y EXPLORAR SIN MIEDO	22/10/2020	11:00
3	SI	SI			NA	NA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		Practicas 11.12, 13 y EXPLORAR SIN MIEDO	22/10/2020	14:00
4	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre del niño manifiesta que ellos viven en una vereda y que por la situación no ha podido trabajar y no cuenta con los recursos para comprar sus alimentos(Tuluy y vereda), además no puede desplazarse a el pueblo para comprar.	Practicas 11.12, 13 y EXPLORAR SIN MIEDO	22/10/2020	15:00
5															00/00/0000	00:00
6															00/00/0000	00:00
7															00/00/0000	00:00
8															00/00/0000	00:00
9															00/00/0000	00:00
10															00/00/0000	00:00
11															00/00/0000	00:00
12															00/00/0000	00:00
20															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: CORONA MARÍA SALAZAR FERNÁNDEZ

20 DE OCTUBRE 2020

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

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	No.	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas 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	1124667840	NANCY ALEJANDRA QUENGUAN COLLAZOS	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.456.009	DIANA ALEJANDRA COLLAZOS MARTINEZ	1. Telefónico pedagógico	3124146563	09:00 a.m.	09: 20 am	SI	4	1	NO	NO	SI	SI	1	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 Y 13	23 DE OCTB 2020	9:00 am
2	1145015455	KAREN YARLET CARDENAS PORTILLA	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.427.512	KARL YHARINA CARDENAS PORTILLA	1. Telefónico pedagógico	3126766293	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		11, 12 Y 13	23 DE OCTB 2020	11:00 am
3	1126457749	JAZMIN ALEJANDRA PINHHO PINCHAO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.455.683	EDDY ZULEMY PINCHAO PANTOJA	1. Telefónico pedagógico	3206272203	01:00 pm	01:20 pm	SI	4	2	NO	NO	SI	SI	3	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 Y 13	23 DE OCTB 2020	01:00 pm
4	1126457575	ARIADNA SALOME ACOSTA CHIRPO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.452.308	FERLENY CHIRPO QUENGUAN	1. Telefónico pedagógico	3122526567	02:00 pm	14:20	SI	4	2	NO	NO	SI	SI	4	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 Y 13	23 DE OCTB 2020	02:00 pm
5								hh:mm	hh:mm								5														dd/mm/aaaa	hh:mm
6								hh:mm	hh:mm								6														dd/mm/aaaa	hh:mm
7								hh:mm	hh:mm								7														dd/mm/aaaa	hh:mm
8								hh:mm	hh:mm								8														dd/mm/aaaa	hh:mm
9								hh:mm	hh:mm								9														dd/mm/aaaa	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm								10														dd/mm/aaaa	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm								11														dd/mm/aaaa	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm								12														dd/mm/aaaa	hh:mm
13								hh:mm	hh:mm								13														dd/mm/aaaa	hh:mm
14								hh:mm	hh:mm								14														dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm								15														dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm								16														dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm								17														dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm								18														dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm								19														dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								20														dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm								21														dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm								22														dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm								23														dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm								24														dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm								25														dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Corona María Salazar F.

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.L1MS.PP	03/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 29-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 60827896

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	No.	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", menciones cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado medico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Seleccionar) 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	75139661	DIHIR MOISES SARABIA MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	25.683.535	GIOVANNZ ANSETH SARABIA	1.Telefónico pedagógico	3351645349	9:00am	9:35am	SI	10	3	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA ACOMPAÑAR ACTIVIDADES DE	13, 14	23/10/2020	9:00am
2	1143031655	DIANNA SOFIA PASCAL VACA	2. Cédula ciudadanía	41.120.260	ROSA MAGIN VACA RAMOS	1.Telefónico pedagógico	3133895963	9:20am	9:35am	SI	3	1	1	2	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA ACOMPAÑAR ACTIVIDADES DE	13, 14	23/10/2020	10:00am
3	1143031662	THOSBEL ALEX SANTIAGO ARIAS ISSTVAL	2. Cédula ciudadanía	1.122.237.477	DIANNI LUCIA ISSTVAL	1.Telefónico pedagógico	3205829372	10:00am	10:15am	SI	9	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA ACOMPAÑAR ACTIVIDADES DE	13, 14	23/10/2020	10:00am
4																	4														
5																	5														
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

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CONFIDENCIAL Y SU USO ESTÁ RESTRINGIDO EXCLUSIVAMENTE A LOS FINES DEL PROCESO AL CUAL PERTENECE

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CONFIDENCIAL Y SU USO ESTÁ RESTRINGIDO EXCLUSIVAMENTE A LOS FINES DEL PROCESO AL CUAL PERTENECE

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

	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: 28 DE OCTUBRE DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HUICHAIRA SECRETARIO

Código Unidad de Servicio (UDS): 5586200387

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 adultas a bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas asesinatos) 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. (Bibliotecas – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Bibliotecas – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1.126.163.601	DIANA GISELL CASTRO SETIAL	2. Cédula ciudadanía	1.126.454.676	GLORIA ESPERANZA SETIAL	TELEFONICO PSICOSOCIO	3113429521	9:00AM	9:15 AM	SI	4	1	0	0	SI	SI	1	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO	LA MADRE RETORNA DE UNA CITA QUE TUVO LA NIÑA EN LA CIUDAD DE PASTO . ESTUVO HOSPITALIZADA POR UNA SEMANA LA SUPERVISIÓN Y PENDIENTE DE UNA CIRUGIA PARA MEJORARLA SALUD DE LA NIÑA .	10, 12 y 13	29/06/2020	2:00PM
2	1.124.489.478	KELY CRISTINA CHANDILO LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.006.986.970	ANGIE CRISTINA LOPEZ HERMOSA	TELEFONICO PSICOSOCIO	3004396648	2:30PM	2:45PM	SI	4	1	0	2	SI	SI	7	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 12 y 13	29/06/2020	8:00AM
3	1.124.868.378	ANDRHIT SAMANTA SEGURA BERMUDEES	2. Cédula ciudadanía	1.006.986.120	JESSICA JULIETH BEDOYA VELEZ	TELEFONICO PSICOSOCIO	3206719155	11:00AM	11:45AM	SI	4	2	0	0	SI	SI	8	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 12 y 13	29/06/2020	9:00am
4																																
5																																
11																	11															
12																	12															
13																	13															
14																	14															
15																	15															
16																	16															
17																	17															
18																	18															
19																	19															
20																	20															
21																	21															
22																	22															
23																	23															
24																	24															
25																	25															

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 29-oct-25

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): MORADA ENCANTADO IAMI

Código Unidad de Servicio (UDS): 5400010007

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACION DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	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 fruta 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 afectadas 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. (Presencia 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 – huertas) 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	1126833936	DIANA SALOMA MARMOLEJO ARANGO	2. Cédula ciudadanía	1.225.091.127	YUDI ALEJANDRA ARANGO ARANGO	1. Telefónico pedagógico	3042278863	10:00	10:25	SI	3	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICAS 11, 12 Y 13	31-nov-25	10:00
2	1005997208	MIRANDA SOFIA RODRIGUEZ MENDOZA	3. Cedula de extranjeria	15.107.744	ROSAMAR MENDOZA	1. Telefónico pedagógico	3115780216	10:00	10:25	SI	2	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICAS 11, 12 Y 13	31-nov-25	10:00
3	1126534853	VALERY LUCIANA OTERO GUERRERO	2. Cédula ciudadanía	1.129.456.181	ROSAMARIA GUERRERO	1. Telefónico pedagógico	3133992765	10:40	11:05	SI	4	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	continuan en PASTO.	PRACTICAS 11, 12 Y 13	31-nov-25	10:40
4	1112533455	ERICK SANTIAGO LANDINHA DIAZ	2. Cédula ciudadanía	1.088.265.478	EDWIN LALACERA	1. Telefónico pedagógico	3147909234	11:00	11:25	SI	6	1	2	1	SI	SI	4	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICAS 11, 12 Y 13	31-nov-25	11:00
5	1123539539	NIETH MARIANA MITCANOY MADRONERO	2. Cédula ciudadanía	1.193.130.868	GIAN MARCELA MADRONERO	1. Telefónico pedagógico	3203466217	11:30	11:55	SI	3	1	0	0	SI	SI	5	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICAS 11, 12 Y 13	31-nov-25	11:30
6	1126659177	AGUSTIN SAID ARANGO MENESES	2. Cédula ciudadanía	41.117.687	GETZEMANI MENESES	1. Telefónico pedagógico	3104699897	12:00	12:25	SI	3	1	0	0	SI	SI	6	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICAS 11, 12 Y 13	31-nov-25	12:00
7	1005124402	ANGEL MARCELO RODRIGUEZ ARAUJO	3. Cedula de extranjeria	26.153.288	WILMARGEL ALEXANDRA ARAUJO	1. Telefónico pedagógico	3160365549	13:00	13:25	SI	4	1	0	0	SI	SI	7	SI	SI	7. Otro		0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	se da ingreso a el menor ANGEL MARCELO RODRIGUEZ. de nacionalidad venezolana. se Anexa CC menor.	PRACTICAS 11, 12 Y 13	31-nov-25	13:00

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

Fecha: 20/10/2020

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	1129693168	ERIKSAMIRO ARAUJO QUIGUANAS	3. Cedula ciudadania	1.124.855.634	DIANA CAROLINA QUIGUANAS	1. Telefonico pedagogico	3163210471	09:00	09:15	SI	5	1	0	1	SI	SI
2	1011108568	JHON ALEXANDER LOPEZ SUAREZ	3. Cedula ciudadania	1.126.444.656	CONCHA DEL PILAR MONTENEGRO	1. Telefonico pedagogico	3185410486	11:00	11:15	SI	4	1	0	2	SI	SI
3	1120143642	ABIGAIL REBECA BAEZ CASTRO	3. Cedula ciudadania	102.658.527	ANGELICA CASTRO	1. Telefonico pedagogico	3138653739	02:15	02:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
4	1125693201	MARIA ALEJANDRA ZAMBRANO CORDOBA	3. Cedula ciudadania	1.126.458.182	LUISA FERNANDA CORDOBA	1. Telefonico pedagogico	3133744991			SI	3	1	0	0	SI	SI
5	1233906839	ISABEL LUCHO PAZ SEQUEA					3173850443			NO						
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (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	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12 Y 13	22/10/2020	10:00
2	SI	SI			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12 Y 13	23/07/2020	11:00
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12 Y 13	23/07/2020	02:00
4	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12 Y 13	23/10/2020	02:20
5													SE LLETIENEN BARIOS VECES PERO NO CONTESTA			
6																
7																
8																
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.LM1.PP | 02/08/2020 | Versión 3 | Página 2 de 2 | Clasificación de la información: Pública

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

20 DE OCTUBRE DEL 2020

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

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 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
1	1140015401	DYLAN ALEXANDER BENAVIDES VERA	CEDULA DE CIUDADANIA	27.354.550	DORYS OTAYA	1. Telefónico pedagógico	3115312395	09:05 am	09:20 a.m.	SI	5	1	NO	2	SI	SI
2	1130164893	MANUELA ALEJANDRA ALVAREZ GOMEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1.130.606.458	DEISY YAZMIN GOMEZ INSUASTY	1. Telefónico pedagógico	3219328318	08:30 a.m.	8:45 am	SI	4	1	NO	0	SI	SI
4	9330093190	LAURA ISABELLA ENRRIQUEZ GALINDO	CÉDULA CIUDADANÍA	1.060.206.842	YESSICA LORENA GALINDO	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3113803626	10 .10am	10.20 am	SI	3	1	0	1	SI	SI
5	1121142260	DOMINICK JHOSUET RIVERA CUELTAN	CÉDULA CIUDADANÍA	1.126.452.143	PAOLA ANDREA CUELTAN QUIROZ	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3217725435	10 .20 am	10:35	SI	2	1	0	0	SI	SI
6	1126457576	ERICK FRANCISCO LAGOS GUERRON	CÉDULA CIUDADANÍA	1126454747	ERICA YESEYRY GUERRON GOMEZ	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3146768232	11.35 am	**01. 50 am**	SI	7	1	0	0	SI	SI
9	1140015368	SHAILA SALOME ARROYO OVIEDO	CÉDULA CIUDADANÍA	40.117.914	VILMA MARIA OVIEDO	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3188402145	15:05	15:20	SI	11	2	0	2	SI	SI
12																
13																
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 aisladas o bajo cuidado médico SI / NO / NO APLICA	22. Novedad 1. (Abortos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Partos 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 piezas 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		11, 12 Y 13	22 y 23 DE OCTUBRE	08:00 a.m.
2	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 Y 13	22 y 23 DE OCTUBRE	09:30
4	SI	NO	7. OTRO	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 Y 13	22 y 23 DE OCTUBRE	09:30
5	SI	NO	7. OTRO	POR QUE TIENE EL ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 Y 13	22 Y 23 DE OCTUBRE	10:30
6	SI	NO	7. OTRO	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 Y 13	22 Y 23 DE OCTUBRE	11:00:00 a.m.
9	SI	SI	7. OTRO	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 Y 13	22 y 23 DE OCTUBRE	01:00
12																
13																
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.G1.L6PLPP | 02/08/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 20-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8586500100307

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" , 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 asistidas 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	1140201797	ANI SANTIAGO SANABRIA RIVERA	3. Cédula ciudadanía	1124643907	ANGELA JISETH SANABRIA RIVERA	1. Telefónico pedagógico	3209223446	08:22	08:37	SI	5	1	0	0	SI	SI	1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA GESTORA ANGELA JISETH SANABRIA ENCANTADORA ALA MAESTRA QUE EL NIÑO ANI SANTIAGO SANABRIA RIVERA TIENE ESTA SU VACUNACIÓN CIT ALA SICOLOGA PEDIATRICA EN FIDIT CEL 30 OCT LIBRE.	10,11,12	23/10/2020	09:00
2	1140213816	JUAN JOSE TAELO LOPEZ	3. Cédula ciudadanía	1006944087	CEDY JOHANA LOPEZ QUINCHOA	1. Telefónico pedagógico	3134280739	08:49	09:04	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10,11,12	23/10/2020	09:30
3	1124650202	ANDRES SANTIAGO HORTUA PEÑA	3. Cédula ciudadanía	1124658881	KENYERLIN VANESSA PEÑA NICHOLLA	1. Telefónico pedagógico	3118620536	10:08	10:23	SI	7	2	0	0	SI	SI	3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10,11,12	23/10/2020	09:00
4	1140018900	LUCIANA CASTRO RODRIGUEZ	3. Cédula ciudadanía	1124646197	CAROL JANELINE RODRIGUEZ	1. Telefónico pedagógico	3209221597	10:25	10:40	SI	4	1	0	0	SI	SI	4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10,11,12	23/10/2020	09:30
5	1007213273	LAUREN MARIANA TOVAR RUALES	3. Cédula ciudadanía	1007521349	YULIANA ANDREA RUALES ORDOÑEZ	1. Telefónico pedagógico	3177786646	12:31	12:46	SI	3	1	0	0	SI	SI	5	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA GESTORA YULIANA ANDREA RUALES MADRE DE LA NIÑA LAUREN MARIANA TOVAR RUALES, INFORMA A LA MAESTRA QUE VALE CEL. DIA DE HOY, ALA CAUSA DE SE SUSPENDIÓ LA COMPRA DE SU UNIFORME VISTE MI A SU MADRE Y REGRESARAN A SU VIVIENDA DENTRO DE DOS DIAS MAS, APROXIMADAMENTE, SE HACE LA RECOMENDACIÓN DE USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD, TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, GUARDAR DISTANCIA EL INVIERNO PUEDE SER UNA TEMPORADA DIFICIL PARA TODOS, CUALQUIER SINTOMA QUE ALTERE SU SALUD.	10,11,12	23/10/2020	10:00
6	1007213274	LAUREN MARIANA TOVAR RUALES	3. Cédula ciudadanía	1007521349	YULIANA ANDREA RUALES ORDOÑEZ	1. Telefónico pedagógico	3177786646	13:31	13:46	SI	4	2	1	1	SI	SI	6	SI	SI			1	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA GESTORA YULIANA ANDREA RUALES MADRE DE LA NIÑA LAUREN MARIANA TOVAR RUALES, INFORMA A LA MAESTRA QUE VALE CEL. DIA DE HOY, ALA CAUSA DE SE SUSPENDIÓ LA COMPRA DE SU UNIFORME VISTE MI A SU MADRE Y REGRESARAN A SU VIVIENDA DENTRO DE DOS DIAS MAS, APROXIMADAMENTE, SE HACE LA RECOMENDACIÓN DE USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD, TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, GUARDAR DISTANCIA EL INVIERNO PUEDE SER UNA TEMPORADA DIFICIL PARA TODOS, CUALQUIER SINTOMA QUE ALTERE SU SALUD.	10,11,13	24/10/2020	11:00
7								hh:mm	hh:mm								7														dd/mm/aaaa	hh:mm
8								hh:mm	hh:mm								8														dd/mm/aaaa	hh:mm
9								hh:mm	hh:mm								9														dd/mm/aaaa	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm								10														dd/mm/aaaa	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm								11														dd/mm/aaaa	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm								12														dd/mm/aaaa	hh:mm
13								hh:mm	hh:mm								13														dd/mm/aaaa	hh:mm
14								hh:mm	hh:mm								14														dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm								15														dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm								16														dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm								17														dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm								18														dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm								19														dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								20														dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm								21														dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm								22														dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm								23														dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm								24														dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm								25														dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Responsabilidad Ambiental: Este correo electrónico y sus anexos son para uso exclusivo de la persona o entidad a la que expresamente se dirigen. La información contenida puede ser confidencial o legalmente protegida y no constituye necesariamente una posición oficial de la entidad. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si recibió este mensaje por error, por favor avise inmediatamente al remitente y borre el mensaje y sus anexos de su sistema. Gracias por su colaboración.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Responsabilidad Ambiental: Este correo electrónico y sus anexos son para uso exclusivo de la persona o entidad a la que expresamente se dirigen. La información contenida puede ser confidencial o legalmente protegida y no constituye necesariamente una posición oficial de la entidad. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si recibió este mensaje por error, por favor avise inmediatamente al remitente y borre el mensaje y sus anexos de su sistema. Gracias por su colaboración.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.A1.L65.PP	02/06/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ROSAPASTORAMORALESGOMES

Fecha: 20/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Local Alcance 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					
		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 entre ñas y niños de	ajeres gestantes	personas mayore	a agua para coc	eso a frutas y ve
			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
1	1126643012	ANYELUQUE SOFIA TREJOS PAUCHOR	2. Cédula ciudadanía	1.004.248.947	YUDY MANUELA PAUCHOR	1. Telefónico pedagógico	3102005689	08:00	08:20	Si	6	3	0	0	Si	Si
2	1126457550	VALERI FERNANDA CARDENAS GUERRERO	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.550	ROSA GUERRERO	1. Telefónico pedagógico	3218136545	08:30	08:50	Si	3	1	0	0	Si	Si
3	1148051555	SARHA CAIPE LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.087.066.478	SILSA LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3148978924	09:00	09:20	Si	4	1	0	0	Si	Si
4	1126457564	ANGELY SOFIA PERENGUEZ	2. Cédula ciudadanía	32.765.302	CLARIZA MERINO VEGA	1. Telefónico pedagógico	3202831583	11:00	11:20	Si	4	2	0	0	Si	Si
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		
	e vacunas actualizado, a	vicios de salud para la aplicac	or sea "NO" , indague ¿Por qué no	ección en la pregunta anterior "	7. Otras de enfermedas aisladas o t		ovedad 1. ¿Kortas s	edad 2. ¿Kortas en	suntos situaciones d	ovedad 4. (Selecci	5. ¿Hábitos alimenta	6. ¿Hábitos alimenta	28. Otras novedades y observaciones	29. Fecha y hora siguiente llamad		
	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		números de las prácti	dd/mm/aaaa	hh:mm
9	Si	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	le hizo la la llamada para la sencibilizacion del tranvisto amerenico	11, 12, 13	22/10/2020	12:00
6	Si	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	le hizo la la llamada para la sencibilizacion del tranvisto amerenico	11, 12, 13	22/10/2020	10:30
7	Si	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	le hizo la la llamada para la sencibilizacion del tranvisto amerenico	11, 12, 13	22/10/2020	11:00
8	Si	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	le hizo la la llamada para la sencibilizacion del tranvisto amerenico	11, 12, 13	22/10/2020	11:30
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER USADOS PARA LOS FINES PREVISTOS EN 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 SOLO PUEDEN SER USADOS PARA LOS FINES PREVISTOS EN LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.AS.LM9.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 OrdoñezZ ORTIZ

Fecha: 20 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 alérgicas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Ollas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ollas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – huerta) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1132016897	INGRID TATIANA BACA GUAPUCAL	3. Cedula ciudadania	27160797	MARIA DEL CARMEN GUAPUCAL CUAICHICHIR	1. Telefonico pedagógico	3206323599	9:00am	9:30am	SI	7	2	0	0	SI	SI	1	si	No	7. Otro	por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No		11, 12 y 13	23/OCTUBRE/2020	09:00am
2	1132016911	GABRIELA VAEZ OJUANO	3. Cedula ciudadania	87073190	JUAN PABLO VAEZ FAJARDO	1. Telefonico pedagógico	3215780088	09:00am	09:30am	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	si	No	7. Otro	por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No		11, 12 y 13	23/OCTUBRE/2020	09:00am
3	1078918836	GABRIEL SANTIAGO RUALES ALAPE	3. Cedula ciudadania	1003893408	ANGY ALEJANDRA TRUJILLO ALAPE	1. Telefonico pedagógico	1003893408	09:30am	09:58am	SI	3	1	0	0	SI	SI	3	si	No	7. Otro	por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No	llamar solo por whatsApp	11, 12 y 13	23/OCTUBRE/2020	09:30 am
4	1140315458	SARA SOFIA MONTES SAAVEDRA	3. Cedula ciudadania	1126451993	DIEG YULIETH SAAVEDRA RIVERA	1. Telefonico pedagógico	3213022149	10:00am	10:30am	SI	5	1	0	0	SI	SI	4	si	NO	7. Otro	por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No		11, 12 y 13	23/OCTUBRE/2020	10:00am
5								hh:mm	hh:mm								5														dd/mm/aaaa	hh:mm
6								hh:mm	hh:mm								6														dd/mm/aaaa	hh:mm
7								hh:mm	hh:mm								7														dd/mm/aaaa	hh:mm
8								hh:mm	hh:mm								8														dd/mm/aaaa	hh:mm
9								hh:mm	hh:mm								9														dd/mm/aaaa	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm								10														dd/mm/aaaa	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm								11														dd/mm/aaaa	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm								12														dd/mm/aaaa	hh:mm
13								hh:mm	hh:mm								13														dd/mm/aaaa	hh:mm
14								hh:mm	hh:mm								14														dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm								15														dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm								16														dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm								17														dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm								18														dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm								19														dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								20														dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm								21														dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm								22														dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm								23														dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm								24														dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm								25														dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
USTED ESTÁ AUTORIZADO PARA USAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOLAMENTE PARA FINES LABORALES Y ACADÉMICOS

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
USTED ESTÁ AUTORIZADO PARA USAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOLAMENTE PARA FINES LABORALES Y ACADÉMICOS

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

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

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

Fecha: 20-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8-08832--12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1126455815	SAMUEL ALEJANDRO CHULDE REINA	3. Cedula ciudadania	411.119.847	SARA REINA POSSO	1. Telefonico pedagógico	3214382135	09:03	09:15	SI	7	1	0	1	SI	SI
2	1025969360	VALERY MELISA MACAS CHILQUISO	3. Cedula ciudadania	1.114.120.232	FLOR YASMIN CHILQUISO	1. Telefonico pedagógico	2147360997	09:03	09:22	SI	7	1	0	1	SI	SI
3	1.140015.788	NICOLAS ANDRES ROJAS PINTO JA	3. Cedula ciudadania	1.126.452.664	YENI SMITH ROJAS HAVARTAEZ	1. Telefonico pedagógico	3208963511	09:40	09:52	SI	5	2	0	0	SI	SI
4	1126458.820	EMMANUEL JAIZETH CASTILLO MOSQUERA	3. Cedula ciudadania	1.126.457.653	ELIS MEYTH MOSQUERA	1. Telefonico pedagógico	3216728887	10:05	10:13	SI	2	1	0	0	SI	SI
5	1.140.015.792	ARIANA ISABELLA VILLAROEL DOMINGUEZ	3. Cedula ciudadania	1.126.453.998	ADRIANA DOMINGUEZ	1. Telefonico pedagógico	3137151532	10:23	10:33	SI	4	1	0	0	SI	SI
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 aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Ayudas sociales)	23. Novedad 2: (Ayuda 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	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA 1 AÑO)	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12, 13.	23/10/2020	10:00
2	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA 1 AÑO)	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12, 13.	23/10/2020	10:20
3	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12, 13.	23/10/2020	10:40
4	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12, 13.	23/10/2020	11:00
5	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD(PROXIMA CITA 1 AÑO)	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12, 13.	23/10/2020	11:20
6																
7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.G1.L5#3.PP	02/08/2020
Versión 3	Página 2 de 2

Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 20-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.08632E+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 visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Bertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1140315882	ELIAN FELIPE QUEVEDERO ENRIQUEZ	3. Cedula ciudadania	41125897	LEIDY MARIBELL ENRIQUEZ ALVARADO	1. Telefonico pedagógico	3126453443	08:00:00 a.m.	08:30:00 a.m.	SI	3	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 y 13	23-oct-20	7:30:00 a.m.
2	1125658839	MARIA JOSE VALDEZ RUALES	3. Cedula ciudadania	1.126.455.151	LEIDY ANDREA RUALES CHULDE	1. Telefonico pedagógico	3124150045	09:00:00 a.m.	09:30:00 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		11, 12 y 13	23-oct-20	10:00:00 a.m.
3	1125143126	ARIADNA SALOME CUARAN MARTINEZ	3. Cedula ciudadania	1037278159	LUZ ADRIANA MARTINEZ PIMENTEL	1. Telefonico pedagógico	3102729460	10:40:00 a.m.	11:10:00 a.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		11, 12 y 13	23-oct-20	09:30:00 a.m.
4	1125658402	MATIUW JHONAS ITUWA ZAMBRANO	3. Cedula ciudadania	1125657563	LIZETH NATALIA ZAMBRANO	1. Telefonico pedagógico	3219483256	11:30:00 a.m.	11:47:00 a.m.	SI	4	2	0	0	SI	SI	4	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12 y 13	23-oct-20	8:00:00 a.m.
5	1140315883	SANTIAGO ENRIQUEZ AVILA	3. Cedula ciudadania	1140315883	SILVIA ALEJANDRA AVILA CASTRO	1. Telefonico pedagógico	3214365590	12:00:00 p.m.	12:27:00 p.m.	SI	4	1	0	0	SI	SI	5	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 12y 13	23-oct-20	10:00:00 a.m.
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

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

LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD, PUESTA A DISPOSICIÓN EN LA PÁGINA WEB WWW.ICBF.GOV.CO

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

LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD, PUESTA A DISPOSICIÓN EN LA PÁGINA WEB WWW.ICBF.GOV.CO

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

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

Fecha: 20/10/2020

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	7032454	CHRISTIAN ALEJANDRO RAMIREZ CAMACHO	3. Cedula de extranjeria	19.422.390	DAIBERA MARTINEZ CAMACHO GRIZALES	1. Telefónico pedagógico	3203320733	09:15	09:30	SI	4	2	0	0	SI	SI
2	1123457629	RAFAEL JAHJANOR PALTA LOZADA	2. Cedula ciudadania	41.119.327	GLORIA INELENA LOZADA MENDOZA	1. Telefónico pedagógico	3135827949	09:40	09:50	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1193827655	EMILY CABALLERO TORO	2. Cedula ciudadania	1.083.909.749	LUIS FELIPE CABALLERO LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3144473385	10:00	10:15	SI	4	2	1	1	SI	SI
4	2445/8453	JHOSIL BERJAMIN RODRIGUEZ Garcia	2. Cedula ciudadania	27.364.883	STEFANY CAROLINA GARCIA VALLEJO	1. Telefónico pedagógico	3115271680	11:30	11:45	SI	5	1	0	1	SI	SI
5	1123458638	ZOE ALEJANDRA CLARO VASQUEZ	2. Cedula ciudadania	126.455.389	SONIA EMILSEN VASQUEZ	1. Telefónico pedagógico	3142386696	02:00	02:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
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	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO TIENE FRUT AS Y VERDURAS POR FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	11, 12 Y 13	23/10/2020	09:00
2	SI	SI			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	EL HERMANO MAYOR DEL USUARIO ES AUTISTICO	11, 12 Y 13	23/10/2020	09:30
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12 Y 13	23/10/2020	10:00
4	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12 Y 13	23/10/2020	10:30
5	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11, 12 Y 13	23/10/2020	02:00
6																
7																
8																
9																
10														10		
11																
12																
13																
14																
15																
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!