BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	03/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 05/10/2020

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

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1.126.459.535	DANIELA VALENTINA ARCOS	2. Cédula ciudadanía	1.007.728.136	MARIA FERNANDA ARCOS	1. Telefónico pedagógico	3213814529	10:07	10:22	SI	5	1	0	0	SI	SI
2	1.126.459.377	JUAN FELIPE MARQUEZ CABEZAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.859	YUDY YURANY CABEZAS GONZALES	1. Telefónico pedagógico	3133141100	10:36	10:50	SI	3	1	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

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 María Arcos quien manifiesta que la niña se encuentra bien de salud y que no se han presentado novedades dentro del nucleo familiar.	PRACTICAS: 10, 11 Y 13	13/10/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Yurany Cabezas quien da a conocer que su hijo y el resto de los integrantes del nucleo familiar se encuentran bien de salud y que no se han presentado novedades dentro del nucleo familiar.	PRACTICAS: 10, 11 Y 13	13/10/2020	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

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

03 de Octubre 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO
JARDÍN 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)	MARIA SALAZAR PERENGUEZ Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccionar en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Retos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Retos emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos 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	1124943833	ESCARLETT SOFIA BRAVO HERNANDEZ	CEDULA DE CIUDADANIA		DEYSI FERNANDA HERNANDEZ MORENO	1. Telefonico pedagógico	3144883159	08: 00 am	08:30 a.m.	SI	5	1	NO	NO	SI	SI	1	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	13 DE ACTB 2020	08:00
2	1124947949	VALERY ALEXANDRA GUERRERO OROZCO	CEDULA DE CIUDADANIA	411.120.389	MARIA JAIMED GUERRERO	1. Telefonico pedagógico	3115150303	10:00 a.m.	10:20 am	SI	6	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		10, 11 Y 13	13 DE ACTB 2020	10:00 am
3	1122316812	SAMUEL DAVID MURCIA MONTILLA	CEDULA DE CIUDADANIA	1.123.355.454	ANA ISABEL MONTILLA TELLO	1. Telefonico pedagógico	3123348183	13:00	01:15 p.m.	SI	3	1	NO	NO	SI	SI	3	SI	NO		POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	13 DE ACTB 2020	01: 00 pm
4																	4															
5																	5															
6																	6															
7																	7															
8																	8															
9																	9															
10																	10															
11																	11															
12																	12															
13																	13															
14																	14															
15																	15															
16																	16															
17																	17															
18																	18															
19								hh:mm	hh:mm								19															
20								hh:mm	hh:mm								20															
21								hh:mm	hh:mm								21															
22								hh:mm	hh:mm								22															
23								hh:mm	hh:mm								23															
24								hh:mm	hh:mm								24															
25								hh:mm	hh:mm								25															

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES VIGENTE DE LA ENTIDAD

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 Cristina Chavez

Fecha: 01/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): BJBMSG-12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (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	1234456890	Samuel David Cuellar Gonzalez	3. Cédula ciudadanía	1.126.447.332	Yolanda Jackeline Gonzalez Jaramillo	1. Telefónico pedagógico	3222667453	10:00	10:15	SI	5	1	0	0	SI	NO	1	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que no tiene recursos economicos para comprar frutas y verduras. Ademas el niño tiene gripa desde el dia Sabado y la madre inicio con la gripa el dia de hoy, cedio medicina human jugos y vitamina C.	Practicas 10, 11, 12 y CONSTRUYENDO EMI IDENTIDAD.	13/10/2020	10:00
2	1120532840	Mariangel Bastidas Acosta	3. Cédula ciudadanía	41.163.873	Olga Patricia Acosta Rivera	1. Telefónico pedagógico	3124316520	11:00	11:15	SI	4	1	0	0	SI	SI	2	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que el padre no tiene empleo.	Practicas 10, 11, 12 y CONSTRUYENDO EMI IDENTIDAD.	13/10/2020	10:30
3	1120443775	Dylan Andrey Geneva Hernandez	3. Cédula ciudadanía	41.121.034	Gilley Sonia Hernandez	1. Telefónico pedagógico	3102479884	14:00	14:15	SI	4	1	0	0	SI	SI	3	SI	SI			NA	NA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		Practicas 10, 11, 12 y CONSTRUYENDO EMI IDENTIDAD.	13/10/2020	11:00
4								hh:mm	hh:mm								4															dd/mm/aaaa	hh:mm
5								hh:mm	hh:mm								5															dd/mm/aaaa	hh:mm
6								hh:mm	hh:mm								6															dd/mm/aaaa	hh:mm
7								hh:mm	hh:mm								7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8								hh:mm	hh:mm								8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9								hh:mm	hh:mm								9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm								10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm								11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm								12															dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								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: KATHERIN VANESSA MONT DIEGRO MOSQUERA

Fecha: 09-oct-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL EL BOSQUE ENCANTADO I

Código Unidad de Servicio (UDS): 6082786

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada 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. (Seleccionar) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Riáticos alimentarios – comercio) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Riáticos alimentarios – busarias) 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	1127224767	ANDRES FELIPE GOMEZ VELA	2. Cédula ciudadanía	1.127.224.767	ADRIA LUISA VILLA ROMORQUIZ	1.Telefónico pedagógico	3151433194	2:00pm	2:30pm	SI	11	2	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 10: ACOMPAÑAR EL DESARROLLO DE	12/10/2020	9:00am
2	1102015685	DOMINICK JULIAN CORAL ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.348	LEIDI VIVIANA ROSERO SOLANDS	1.Telefónico pedagógico	3186499700	2:00pm	2:30pm	SI	4	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 10: ACOMPAÑAR EL DESARROLLO DE	12/10/2020	9:30am
3	1029405229	ELIE SANDRA MORALES CARDONA	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.840	RISKA ALEJANDRA CARDONA RIVERA	1.Telefónico pedagógico	3212389462	2:00pm	2:30pm	SI	8	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	NO TIENE VACUNAS PENDIENTES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 10: ACOMPAÑAR EL DESARROLLO DE	12/10/2020	10:00am
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CONFIDENCIAL Y DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD. SU DIVULGACIÓN, COPIA O UTILIZACIÓN INDEBIDA PUEDE GENERAR SANCIONES LEGALES.

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CONFIDENCIAL Y DE USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD. SU DIVULGACIÓN, COPIA O UTILIZACIÓN INDEBIDA PUEDE GENERAR SANCIONES LEGALES.

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

Fecha: 06 DE OCTUBRE DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): NUEVO SOL DIECINUEVE

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, segun su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	Número de personas con síntomas de enfermedad respiratoria en el hogar.	21.Número de personas adultas a bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas seguridad) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Materiales) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Bibliot a alimentaria – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Bibliot a 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
3	1.129.163.681	SARA GISELL CASTRO GETIAL	2. Cédula ciudadanía	1.129.464.676	GLORIA ESPERANZA GETIAL	TELEFONICO PSICOSOCIO	3172429621	2:30PM	2: 30PM	SI	6	1	0	0	SI	SI	1	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO	LA MADRE DE LA NIÑA MANIFIESTA QUE TEMPORALMENTE TIENE QUE SALIR A LA CIUDAD DE PASTO Y NO CUENTA CON LOS RECURSOS ECONOMICOS PARA SOLVENTAR LOS GASTOS.	10, 11 Y 13	12/10/2020	2:30PM
4	1.129.163.730	JOSHEP ALEJANDRO PASTIGA PATIÑO	2. Cédula ciudadanía	41.117.041	PATRICIA EDITH PATIÑO	TELEFONICO PSICOSOCIO	3004104432	9:30PM	9:40AM	SI	6	1	0	0	SI	SI	2	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	12/10/2020	10:00AM
11																	11														dd/mm/aaaa	hh:mm
12																	12														dd/mm/aaaa	hh:mm
13																	13														dd/mm/aaaa	hh:mm
14																	14														dd/mm/aaaa	hh:mm
15																	15														dd/mm/aaaa	hh:mm
16																	16														dd/mm/aaaa	hh:mm
17																	17														dd/mm/aaaa	hh:mm
18																	18														dd/mm/aaaa	hh:mm
19																	19														dd/mm/aaaa	hh:mm
20																	20														dd/mm/aaaa	hh:mm
21																	21														dd/mm/aaaa	hh:mm
22																	22														dd/mm/aaaa	hh:mm
23																	23														dd/mm/aaaa	hh:mm
24																	24														dd/mm/aaaa	hh:mm
25																	25														dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
F1.G11.SEC.PP
Versión 7
SECRETARÍA DE SALUD
Página 2 de 2
Clasificación de la información

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

Fecha: OCTUBRE 5 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 68001000307

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACION DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN					VI. IDENTIFICACION DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1 (Bertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																																dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1005145622	DYLAN SANTIAGO CABREDA UPONETA	1. Cédula de ciudadanía	27.902.167	CAREN YURDINETA	1. Telefónico-pedagógico	3205941763	10:01	10:31	SI	3	1	0	0	SI	SI	3	SI	SI	1. Otro	SE ENCUENTRA NIÑA, DIA CON SU SEGUNDA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 10,11 Y 12	13-oct-20	10:00
2	1126095585	NOHA ISABELLA VILLAREAL MENESES	3. Cédula ciudadanía	1.124.863.708	CAMILA ALEJANDRA MENESES BURGANO	1. Telefónico-pedagógico	3209097669	09:00	10:00	SI	3	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	1. Otro	SE ENCUENTRA NIÑA, DIA CON SU SEGUNDA DE VACUNACION	1	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 10,11 Y 12	13-oct-20	10:00
3	1126095585	SAMUEL NICOLAS MINNA LEYTON	3. Cédula ciudadanía	1.124.458.870	HELENA DAHANA LEYTON	1. Telefónico-pedagógico	3212709566	10:00	10:30 hs. m	SI	5	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	1. Otro	SE ENCUENTRA NIÑA, DIA CON SU SEGUNDA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 10,11 Y 12	13-oct-20	11:00

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: MAILYFAJARDO

Fecha: 05/10/2023

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.08832E+12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1011108568	JHON ALEXANDER LOPEZ SUAREZ	2. Cédula ciudadanía	1123444656	CONCHA DEL PILAR SUAREZ	1. Telefónico pedagógico	3183410486	02:00	02:15	SI	4	1	0	2	SI	SI
2	1123453140	LUISA FERNANDA LOPEZ TORRES	2. Cédula ciudadanía	1.001.016.267	CARMEN LLAMA TORRES ANGULO	1. Telefónico pedagógico	3165399340	02:30	02:45	SI	5	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7														0		
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , 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: (Ertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	SI			1	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	EL ABUELO DEL USUARIO USA BARBIJO ADICIONES	10, 11 Y 13	13/10/2023	02:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11 Y 13	13/10/2023	02:30
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

MAILYFAJARDO
Firma del agente educativo

MAILYFAJARDO
Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Papel reciclable no blanqueado con tintas vegetales, certificado por el Forest Stewardship Council (FSC) bajo estándares ambientales, sociales y económicos. La certificación FSC garantiza que la madera proviene de bosques bien manejados y de otras fuentes controladas.

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

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

5 DE OCTUBRE DEL 2020

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

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES								VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora Inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha 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. (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
1	1140015401	DYLAN ALEXANDER BENAVIDES VERA	CEDULA DE CIUDADANIA	27.354.550	DORYS OTAYA	1. Telefónico-pedagógico	3115312395	09:00 am	09:20 a.m	SI	5	1	NO	2	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11 Y13	12 DE OCTUBRE	08:00 a.m.
2	1130164893	MANUELA ALEJANDRA ALVAREZ GOMEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1.130.606.458	DIDSY YAZMIN GOMEZ INSUASTY	1. Telefónico-pedagógico	3216328318	08:40 a.m.	8:55 am	SI	4	1	NO	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	12 DE OCTUBRE	09:30
3																	3														
4																	4														
5																	5														
6																	6														
7																	7														
8																	8														
9																	9														
10																	10														
11																	11														
12																															
13																															
14								hh:mm	hh:mm								14													dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm								15													dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm								16													dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm								17													dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm								18													dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm								19													dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								20													dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm								21													dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm								22													dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm								23													dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm								24													dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm								25													dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS ALMACENADOS EN ESTE FORMATO SON DE USO EXCLUSIVO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental
LOS DATOS ALMACENADOS EN ESTE FORMATO SON DE USO EXCLUSIVO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

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: MARCELIN ORTEGA GUTIERREZ

Fecha: 30-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8986000100307

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	1007213273	LAUREN MARIANA TOVAR RUALES	3. Cedula ciudadania	1007521348	YULIANA ANDREA RUALES OROZREZ	2. Telefonico seguimiento	3170823932	09:41	09:54	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1123018322	DANNA LUCIA SANTACRUZ TEJADA	3. Cedula ciudadania	41161054	LIDIA DINA GOMEZ CAICEDO	2. Telefonico seguimiento	3205220745	11:45	12:05	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1124867849	SAMUEL DAVID ALVARADO BURBANO	3. Cedula ciudadania	1123456201	ALEJANDRA MILISETH BURBANO MONROY	2. Telefonico seguimiento	3209462914	12:33	12:48	SI	3	1	0	0	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
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: (Ayertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ayertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		6,11,13	12/10/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		6,11,13	12/10/2020	09:30
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		6,11,13	12/10/2020	10:00
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

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SOLO PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA PERSONA A LA QUE SE REFIERE LA INFORMACIÓN. LEY 1581 DE 2012 Y DECRETO REGLAMENTARIO 1377 DE 2013

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SOLO PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA PERSONA A LA QUE SE REFIERE LA INFORMACIÓN. LEY 1581 DE 2012 Y DECRETO REGLAMENTARIO 1377 DE 2013

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

Fecha: 01/10/2020

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

Codigo Unidad de Servicio (UDS): 8.69E2E-12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACION DEL HOGAR					
		2. Nombre usuario(s)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Telefono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1008828547	TOMAS YSLA POSSO	3. Cédula ciudadanía	1.193.610.662	LEONARDO YSLA	1. Telefónico pedagógico	3168170606, 3136599233	08:20	08:37	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1140215043	VALMA VICTORIA ORTIZ CUBILLOS	3. Cédula ciudadanía	1.126.458.067	DEYMER ORTIZ CABRERA	1. Telefónico pedagógico	3157448707	08:40	08:45	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	7904512	SEBASTIN JOSE PERES CANELON	5. Cedula de extranjería	27.814.459	MARIANGEL STEFANI CANELON	1. Telefónico pedagógico	3218478281	09:00	09:15	SI	4	2	0	0	SI	SI
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							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales)	23. Novedad 2. (Alertas emocionales)	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)	25. Novedad 4. (Sedentarismo)	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los numeros de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
							SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA			dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	Otro	Aun el esquema de vacunacion esta completo	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 13	13/10/2020	08:10
2	SI	NO	Otro	Aun el esquema de vacunacion esta completo	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 13	13/10/2020	08:40
3	SI	NO	Otro	Aun el esquema de vacunacion esta completo	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 13	13/10/2020	09:00
4																
5																
6																
7																
8																
9																
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!

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F-L-L-L-MN-PP	02/09/2020
Versión: 3	Página 2 de 2

Clasificación de la información: Pública

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SAMANTHA OROZ0622 ORTIZ

Fecha: 05 DE OCTUBRE 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68602-12

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
0	1143915541	DYLAN SAMUEL TORO BERMUDEZ	3. Cedula ciudadania	1143915541	DILETH PAOLA BERMUDEZ FERNANDES	1. Telefónico pedagógico	3168160433	8:00am	8:30am	SI	2	1	0	0	SI	SI
2	7319482	DAYSELYS NAZARETH ZAMBRANO DIAZ	3. Cedula de extranjeria	26330732	WINYSELYN MADELINN DIAZ BELTRAN	1. Telefónico pedagógico	3118126346	09:00am	09:30am	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	8749286	BRITT ANY THING GALVIS CASTRO	3. Cedula de extranjeria	20742308	HELEN THING CASTRO LOPEZ	1. Telefónico pedagógico	3212357244	09:30am	09:58am	SI	6	2	0	0	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niños, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas alérgicas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (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		1E,11,Y1D	21/07/2020	03:00pm
2	si	No	7. Otro	por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No		1E,11,Y1D	21/07/2020	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		1E,11,Y1D	21/07/2020	09:30 am
4															dd/mm/aaaa	Hh:mm
5															dd/mm/aaaa	Hh:mm
6															dd/mm/aaaa	Hh:mm
7															dd/mm/aaaa	Hh:mm
8															dd/mm/aaaa	Hh:mm
9															dd/mm/aaaa	Hh:mm
10															dd/mm/aaaa	Hh:mm
11															dd/mm/aaaa	Hh:mm
12															dd/mm/aaaa	Hh:mm
13															dd/mm/aaaa	Hh:mm
14															dd/mm/aaaa	Hh:mm
15															dd/mm/aaaa	Hh:mm
16															dd/mm/aaaa	Hh:mm
17															dd/mm/aaaa	Hh:mm
18															dd/mm/aaaa	Hh:mm
19															dd/mm/aaaa	Hh:mm
20															dd/mm/aaaa	Hh:mm
21															dd/mm/aaaa	Hh:mm
22															dd/mm/aaaa	Hh:mm
23															dd/mm/aaaa	Hh:mm
24															dd/mm/aaaa	Hh:mm
25															dd/mm/aaaa	Hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SERÁN TRATADOS CONFORME A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD, PUESTA A SU DISPOSICIÓN EN WWW.ICBF.GOV.CO

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

Fecha: 05-oct-20

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

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1.126.458.820	DAMIANGEL JINSETH CASTILLO MOSQUERA	3. Cedula ciudadania	1.126.457.853	ELISABETH MOSQUERA	1. Telefonico pedagógico	3216726887	11:02	11:15	SI	2	1	0	0	SI	SI
2	1.140.015.761	SHARITH SOFIA BELALCAZAR RIVEROS	3. Cedula ciudadania	1.126.454.706	MARIA YUVELI RIVEROS	1. Telefonico pedagógico	3136115653	11:20	11:35	SI	4	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" , 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	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, 11, 13.	12/10/2020	10:00
2	SI	NO	7. Otro	TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD PROXIMA CITA LOS 5 MESES	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11, 13.	12/10/2020	10:20
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

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

Fecha: 05-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68E0C+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 68	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1143015823	ALDREY VALERIA PINCHAO MAPUD	3. Cedula ciudadania	37121794	MARIA JANETH MAPUD TAQUES	1. Telefonico pedagogico	3205981392	09:30:00 a.m.	09:45:00 a.m.	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1125658822	JHOJAN STIVEN BENAVIDES SUAREZ	3. Cedula ciudadania	1006845165	SANDRA MILENA SUAREZ HOYOS	1. Telefonico pedagogico	3136627600	10:00:00 a.m.	10:45:00 a.m.	SI	2	1	0	0	SI	SI
3	1125143089	KIMBERLY SELEN PESCADOR VELA	3. Cedula ciudadania	69039159	MARIA KELLY DIAZ	1. Telefonico pedagogico	3136884300	11:30:00 a.m.	11:45:00 a.m.	SI	6	1	0	0	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas atletas 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. (Presuntos situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 y 13	12-oct-20	10:00:00 a.m.
2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 y 13	12-oct-20	10:00:00 a.m.
3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 y 13	12-oct-20	11:00:00 a.m.
4															dd/mm/aaaa	hh:mm
5															dd/mm/aaaa	hh:mm
6															dd/mm/aaaa	hh:mm
7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

María Sonia Toro
Firma del agente educativo

María Sonia Toro
Firma del agente educativo

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

LOS DATOS PERSONALES PROVISTOS SERÁN TRATADOS DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1581 DE 2012 Y DEMÁS NORMAS QUE REGULEN LA MATERIA. PARA MÁS INFORMACIÓN CONSULTE LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF EN WWW.ICBF.GOV.CO

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

LOS DATOS PERSONALES PROVISTOS SERÁN TRATADOS DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1581 DE 2012 Y DEMÁS NORMAS QUE REGULEN LA MATERIA. PARA MÁS INFORMACIÓN CONSULTE LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF EN WWW.ICBF.GOV.CO

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

Fecha: 05/10/2023

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					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1144636446	DILAN SAMUEL ARCOS SOTO	3. Cedula ciudadania	1.077.237.204	JAISELEDY SOTO HOYOS	1. Telefónico pedagógico	3124338182	09:00	09:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	7322136	ARON ANTONIO ESAVAGLT-FAN RODRIGUEZ	3. Cedula de extranjeria	24.403.167	MAUKARY KELTYN RODRIGEZ	1. Telefónico pedagógico	3124977182	10:00	10:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES								VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , 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: (Ayertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ayertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	SI			0	0	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	ANDRÉS DEL NIÑO MANIFESTÓ QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA MELIZO DE LOS GEMELOS, NO TIENE FRUTAS Y VERDURAS POR FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS	10, 11 y 13	13/10/2023	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11 y 13	13/10/2023	11:00
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																	dd/mm/aaaa	hh:mm
10																	dd/mm/aaaa	hh:mm
11																	dd/mm/aaaa	hh:mm
12																	dd/mm/aaaa	hh:mm
13																	dd/mm/aaaa	hh:mm
14																	dd/mm/aaaa	hh:mm
15																	dd/mm/aaaa	hh:mm
16																	dd/mm/aaaa	hh:mm
17																	dd/mm/aaaa	hh:mm
18																	dd/mm/aaaa	hh:mm
19																	dd/mm/aaaa	hh:mm
20																	dd/mm/aaaa	hh:mm
21																	dd/mm/aaaa	hh:mm
22																	dd/mm/aaaa	hh:mm
23																	dd/mm/aaaa	hh:mm
24																	dd/mm/aaaa	hh:mm
25																	dd/mm/aaaa	hh:mm

LEIDY YOHANNA SANCHEZ
Firma del agente educativo

LEIDY YOHANNA SANCHEZ
Firma del agente educativo