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: 08/10/2020

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

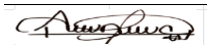
Código Unidad de Servicio (UDS): 8,6865E+12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1.126.459.577	JOSE RAUL MEJIA GUAPUCAL	1. Tarjeta de identidad	1.006.994.929	LILI YOJANA MEJIA GUAPUCAL	1. Telefónico pedagógico	3208253599	09:03	09:19	SI	7	2	0	0	SI	SI
2	1.140.015.844	ANGELES DANIELA MONTOYA VARGAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.129	LEIDY VIVIANA VARGAS PASCAL	1. Telefónico pedagógico	3123904903	09:45	10:02	SI	4	2	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

Firma del agente educativo

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

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Lili Meja quien manifiesta que el niño al igual que el resto de la familia se encuentran bien de salud.	PRACTICAS: 10, 11 Y 13	15/10/2020	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 Leidy Vargas quien manifiesta que no se han presentado novedades relacionadas con la niña y el resto del nucleo familiar.	PRACTICAS: 10, 11 Y 13	15/10/2020	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

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G1.L5#3.PP	02/09/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

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

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

08 DE OCTUBRE 2020

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

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1130164900	ETHAN DANIELBOLAÑOS TAMAYO	CEDULA DE CIUDADANIA	1006994959	JOHANA NATHALY TAMAYO PLAZAS	1. Telefonico pedagógico	3203326834	08: 00 am	08:00 a.m.	SI	4	1	NO	1	SI	SI
2	1130437749	AZWIN ALEJANDRA PINANO PINCHAO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.126.455.683	DEIDY ZULEINY PINCHAO PANTOJA	1. Telefonico pedagógico	3206273313	11:00 a.m.	11:20 am	SI	4	2	NO	NO	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10								Hh:mm	Hh:mm							
11								Hh:mm	Hh:mm							
12								Hh:mm	Hh:mm							
13								Hh:mm	Hh:mm							
14								Hh:mm	Hh:mm							
15								Hh:mm	Hh:mm							
16								Hh:mm	Hh:mm							
17								Hh:mm	Hh:mm							
18								Hh:mm	Hh:mm							
19								Hh:mm	Hh:mm							
20								Hh:mm	Hh:mm							
21								Hh:mm	Hh:mm							
22								Hh:mm	Hh:mm							
23								Hh:mm	Hh:mm							
24								Hh:mm	Hh:mm							
25								Hh:mm	Hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , 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: (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	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 y 13	15 DE OCTUBRE 2020	09:00 am
2	SI	NO	7. Otro	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	la madre manifiesta que cuidaba la menor con personas por que ella tiene dos niños en esta misma edad de cuidar y no hace caso ya esta aquja en salud y psicologia.	10, 11 y 13	15 DE OCTUBRE 2020	11:00 am
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																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.LM3.PP	02/08/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

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

Fecha: 06/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.0865E+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	1140257251	Lian Alejandro Sanchez Asprilla	3. Cédula ciudadanía	1.077.438.465	Leidy Asprilla Palacios	1. Telefónico pedagógico	3136068864	11:00	11:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1120443712	Danna Sofia Meneses Burbano	3. Cédula ciudadanía	1.124.451.870	Doris Carolina Meneses	1. Telefónico pedagógico	3113713969	14:20	14:35	SI	4	1	0	1	SI	SI
3								00:00	00:00							
4								00:00	00:00							
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" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Redes emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	SI			NA	NA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		Practicas 10, 11, 12y CONSTRUYENDO MI IDENTIDAD.	15/10/2020	14:00
2	SI	SI			NA	NA	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	La madre manifiesta que no tiene empleo.	Practicas 10, 11, 12y CONSTRUYENDO MI IDENTIDAD.	15/10/2020	14:30
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
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 BOSQUE 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						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 valoradas o bajo cuidado medico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Administrativa) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Riáticos alimentarios – comunes) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Riáticos alimentarios – lluviosos) 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	1.143031643	VALERY SOFIA RODRIGUEZ CHOCONTÁ	2. Cédula ciudadanía	1.136.489.602	CONSUELO DEL CARMEN OROZCO QUINTANCHALA	1.Telefónico pedagógico	3132269873	2:00pm	2:30pm	SI	5	3	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 ACTIVIDADES DE	15/10/2020	9:00am
2	1.143031633	JULIAN MORALES RIVERA	2. Cédula ciudadanía	1.007.384.566	LUISA FERNANDA MORALES RIVERA	1.Telefónico pedagógico	3104763315	2:00pm	2:45pm	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	15/10/2020	9:30am
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

Este documento puede ser consultado en la Intranet de la Entidad. Si requiere una copia impresa, recuerde que puede imprimir en hojas recicladas y hacerlo en calidad borrador. Cada vez que imprime un documento, piense en el medio ambiente.

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

Este documento puede ser consultado en la Intranet de la Entidad. Si requiere una copia impresa, recuerde que puede imprimir en hojas recicladas y hacerlo en calidad borrador. Cada vez que imprime un documento, piense en el medio ambiente.

	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: 08 DE OCTUBRE DEL 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HUICHAPAN CENTRO

Código Unidad de Servicio (UDS): 80802010087

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 asociacionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Materiales) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Bólsita alimentaria – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Bólsita alimentaria – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																																dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1.729.484.419	ADLY CRISTINA CHINDELO LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	1.729.484.419	ANGIE CRISTINA LOPEZ HERNESA	TELEFÓNICO PSICOSOCIAL	3004296564	3:30PM	3:40PM	SI	4	1	0	2	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	7	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			15/10/2020	9:30AM
8	1.729.868.316	ANDRIT SAMANTA SEGURA BERNARDIES	2. Cédula ciudadanía	1.729.868.132	JESSICA JULIETH BENAVIDEZ	TELEFÓNICO PSICOSOCIAL	3208758158	7:13AM	7:45AM	SI	4	2	0	0	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	8	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			15/10/2020	2:00PM
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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
F1-GAS-MEN-PP
Versión 7
Página 2 de 2
Clasificación de la información: Reservada

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

Fecha: OCTUBRE 8 2025

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					
	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	1136499180	FABRICIO ADRIAN RODRIGUEZ ALVAREZ	2. Cédula ciudadana	1.126.449.089	Dilsa Vitalia A ALVAREZ	1. Telefónico-pedagógico	3023638503	08:00	09:00	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1136499777	JHOSTIN ELIAS ARANGO MENDEZ S	2. Cédula ciudadana	41.117.687	HORTENSIA MENDEZ S	1. Telefónico-pedagógico	3154658867	10:00	11:00	SI	3	1	0	0	SI	SI

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACION 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 (Ideas suicas)	23. Novedad 2. (Ideas emocionales)	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)	25. Novedad 4. (Sedentarismo)	26. Novedad 5. (Hábitos alimenticios – consumo)	27. Novedad 6. (Hábitos alimenticios – horarios)	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números 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	SI / NO / NO APLICA		dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 15 11 Y 12	Diciembre	2025
2	SI	NO	7. Otro	SE ENCUENTRA AL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 15 11 Y 12	Diciembre	2025

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.P2.F | 02/08/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

Fecha: 06/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.08632-12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	7328451	EINER JESUS ORREGALBA PEREZ	3. Cedula ciudadania	2341459	MARIA PEREZ	1. Telefónico pedagógico	3148744549	10:00	10:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1123455231	MARIA ALEJANDRA ZAMBRANO CORDOBA	3. Cedula ciudadania	1.234.581.182	LUISA FERNANDA CORDOBA	1. Telefónico pedagógico	3133744561	11:30	11:45	SI	3	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , 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. (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		10, 11 Y 13	15/10/2020	11:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11 Y 13	15/10/2020	02:00
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

MAILY FAJARDO
Firma del agente educativo

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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

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

8 DE OCTUBRE DL 2020

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

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES								VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora Inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niños y niñas de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior "7. Otro", mencione 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. (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 alimenticios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimenticios – 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
11	1126457354	MARIA SALOME CARLOSAMA REINA	CÉDULA CIUDADANÍA	1.126.457.078	CARINA ROCIO REINA VALLEJO	1. TELEFÓNICO PEDAGÓGICO	3118856951	5:00 pm	17:15	SI	5	1	0	1	SI	SI	SI	SI	7. OTRO	POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11 Y 13	14 DE OCTUBRE	02:30
12																														
13																														
14								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm																				dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 06-oct-20

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500100307

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1143918800	LUCIANA CASTRO RODRIGUEZ	3. Cedula ciudadania	1123446167	CAROL JANG INE RODRIGUEZ	2. Telefonico seguimiento	3205021597	09:09	09:24	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1143918814	ADAM MARTIN FAJARDO PEDRAHITA	3. Cedula ciudadania	1123457113	WENDY GERALDINE PEDRAHITA MORENOY	2. Telefonico seguimiento	3205482916	10:01	10:16	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" , 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. (Ataxia social) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ataxia emocional) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11,12,13	15/10/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11,12,13	15/10/2020	09:30
3															dd/mm/aaaa	hh:mm
4															dd/mm/aaaa	hh:mm
5															dd/mm/aaaa	hh:mm
6															dd/mm/aaaa	hh:mm
7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LI05.PP	03/08/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ROSAPASTORAMORALESGOMES

Fecha: 06/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Local identificador ENCANTADO SECDE

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
		2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento	7. Teléfono	8. Hora inicio	9. Hora final	Llamada Exit	al de personas embrías y niños de	ajeres gestantes	personas mayore	a agua para coc	eso a frutas y ve		e vacunas actualizado, a	vicios de salud para la aplica	or sea "NO" , indague ¿Por qué no	ección en la pregunta anterior" 7.	Otras de enfermedas aisladas o t		ovedad 1. (Kortas e	edad 2. (Kortas en	suntos situación d	ovedad 4. (Sedenta	5. (Hábitos alimenta	6. (Hábitos alimenta	28. Otras novedades y observaciones	números de las prácti	X. Fecha y hora siguiente llamad	
			múltiple, ver opciones en in			n múltiple, ver opciones en ma		hh:mm	hh:mm	SI / NO				SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC		SI / NO	SI / NO	ción múltiple, ver opciones en institu				SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC	SI / NO / NO APLIC			dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1123614239	SARA GADINELA SANTRACRUZ	2. Cédula ciudadanía	43.101.054	LIDIA GOMEZ	1. Telefónico pedagógico	3123633074	09:45	10:10	SI	3	2	0	0	SI	SI	5	SI	NO	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 13	01/10/2020	10:00
2	1123315744	DILAN CAMILO SANCHEZ TORO	2. Cédula ciudadanía	1.123.107.774	ANGELA PAOLA TORO CAICEDO	1. Telefónico pedagógico	3157768079	10:05	10:20	SI	3	1	0	0	SI	SI	6	SI	SI	Otro	que el esquema de vacunacion esta compl	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11, 13	01/10/2020	10:30
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11								hh:mm	hh:mm																									
12								hh:mm	hh:mm																									
13								hh:mm	hh:mm																									
14								hh:mm	hh:mm																									
15								hh:mm	hh:mm																									
16								hh:mm	hh:mm																									
17								hh:mm	hh:mm																									
18								hh:mm	hh:mm																									
19								hh:mm	hh:mm																									
20								hh:mm	hh:mm																									
21								hh:mm	hh:mm																									
22								hh:mm	hh:mm																									
23								hh:mm	hh:mm																									
24								hh:mm	hh:mm																									
25								hh:mm	hh:mm																									

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SAMANTHA OROZCO GUTIERREZ

Fecha: 08 DE OCTUBRE 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68632-12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niños, niñas o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas adultas 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	1123453819	LAUREN DANAY MONTOYA VARGAS	3. Cedula ciudadania	1123453129	LEIDY WIANA VARGAS PASCAL	1. Telefonico pedagógico	3123604602	8:00am	8:30am	SI	7	2	0	0	SI	SI	1	si	No	7. Otro	por que su esquema de vacunas se encuentra al dia.	0	0	No	No	No	No	No	No		16, 11 Y 13	10/DICIEMBRE/2020	08:00am
2	1123453824	MARLHEN GABRIELA QUINTERO CHINGUIL	3. Cedula ciudadania	1123452883	CLAUDIA XIMENA CHINGUIL HUALPA	1. Telefonico pedagógico	3127420888	08:00am	08:30am	SI	4	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		16, 11 Y 13	10/DICIEMBRE/2020	09:00am
3								Hh:mm	Hh:mm								3														dd/mm/aaaa	Hh:mm
4								Hh:mm	Hh:mm								4														dd/mm/aaaa	Hh:mm
5								Hh:mm	Hh:mm								5														dd/mm/aaaa	Hh:mm
6								Hh:mm	Hh:mm								6														dd/mm/aaaa	Hh:mm
7								Hh:mm	Hh:mm								7														dd/mm/aaaa	Hh:mm
8								Hh:mm	Hh:mm								8														dd/mm/aaaa	Hh:mm
9								Hh:mm	Hh:mm								9														dd/mm/aaaa	Hh:mm
10								Hh:mm	Hh:mm								10														dd/mm/aaaa	Hh:mm
11								Hh:mm	Hh:mm								11														dd/mm/aaaa	Hh:mm
12								Hh:mm	Hh:mm								12														dd/mm/aaaa	Hh:mm
13								Hh:mm	Hh:mm								13														dd/mm/aaaa	Hh:mm
14								Hh:mm	Hh:mm								14														dd/mm/aaaa	Hh:mm
15								Hh:mm	Hh:mm								15														dd/mm/aaaa	Hh:mm
16								Hh:mm	Hh:mm								16														dd/mm/aaaa	Hh:mm
17								Hh:mm	Hh:mm								17														dd/mm/aaaa	Hh:mm
18								Hh:mm	Hh:mm								18														dd/mm/aaaa	Hh:mm
19								Hh:mm	Hh:mm								19														dd/mm/aaaa	Hh:mm
20								Hh:mm	Hh:mm								20														dd/mm/aaaa	Hh:mm
21								Hh:mm	Hh:mm								21														dd/mm/aaaa	Hh:mm
22								Hh:mm	Hh:mm								22														dd/mm/aaaa	Hh:mm
23								Hh:mm	Hh:mm								23														dd/mm/aaaa	Hh:mm
24								Hh:mm	Hh:mm								24														dd/mm/aaaa	Hh:mm
25								Hh:mm	Hh:mm								25														dd/mm/aaaa	Hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

Fecha: 08-ene-26

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	1.058.204.918	PABLO CASTILLO RUBIO	3. Cédula ciudadanía	1.054.565.623	ANGIE LORENA RUBIO ARDILA	1. Telefónico pedagógico	3123166356	09:03	09:10	SI	5	2	0	0	SI	SI
2	1.145.615.788	NICOLAS ANDRES ROJAS PINTO JA	3. Cédula ciudadanía	1.126.422.664	YENI SMITH ROJAS SWART NEZ	1. Telefónico pedagógico	3215584227	09:03	09:05	SI	5	2	0	0	SI	SI
3								hh:mm	hh:mm							
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de 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: (Ferias sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ferias emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLET O PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11, 13	12/01/2026	10:00
2	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLET O PARA SU EDAD	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11, 13	12/01/2026	10:00
3															dd/mm/aaaa	hh:mm
4															dd/mm/aaaa	hh:mm
5															dd/mm/aaaa	hh:mm
6															dd/mm/aaaa	hh:mm
7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

Fecha: 08-oct-25

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.69E6E+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	1140010582	JUAN SEBASTIAN CARLOSAMA RIZNA	2. Cedula ciudadania	41115244	MELVA DIANA CADENA GUERRERO	1. Telefónico pedagógico	3139828733	10:30:00 a.m.	10:45:00 a.m.	SI	4	2	0	0	SI	SI
2	9020276	ELVIS DAVID MENDOZA TUA	3. Cedula de extranjeria	20466336	MATTIABE DEL CARMEN TUAPERCEZD	1. Telefónico pedagógico	3202116371	11:00:00 a.m.	11:15:00 a.m.	SI	5	1	0	0	SI	SI
3								Hora:m	Hora:m							
4								Hora:m	Hora:m							
5								Hora:m	Hora:m							
6								Hora:m	Hora:m							
7								Hora:m	Hora:m							
8								Hora:m	Hora:m							
9								Hora:m	Hora:m							
10								Hora:m	Hora:m							
11								Hora:m	Hora:m							
12								Hora:m	Hora:m							
13								Hora:m	Hora:m							
14								Hora:m	Hora:m							
15								Hora:m	Hora:m							
16								Hora:m	Hora:m							
17								Hora:m	Hora:m							
18								Hora:m	Hora:m							
19								Hora:m	Hora:m							
20								Hora:m	Hora:m							
21								Hora:m	Hora:m							
22								Hora:m	Hora:m							
23								Hora:m	Hora:m							
24								Hora:m	Hora:m							
25								Hora:m	Hora:m							

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 ancianas 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	NO	7. Otro	EL USUARIO CUENTA CON EL ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA ORIENTACION DE LA EXPERIENCIA FUE ENVIADA POR LA ABUELA APATOMIA DEL MIRO, YAQUE ELLA ES QUIEN ESTA AL CUIDADO DEL NIÑO POR EL MOMENTO.	10, 11 y 13	13-oct-25	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	13-oct-25	11:00:00 a.m.
3															dd/mm/aaaa	Hora:m
4															dd/mm/aaaa	Hora:m
5															dd/mm/aaaa	Hora:m
6															dd/mm/aaaa	Hora:m
7															dd/mm/aaaa	Hora:m
8															dd/mm/aaaa	Hora:m
9															dd/mm/aaaa	Hora:m
10															dd/mm/aaaa	Hora:m
11															dd/mm/aaaa	Hora:m
12															dd/mm/aaaa	Hora:m
13															dd/mm/aaaa	Hora:m
14															dd/mm/aaaa	Hora:m
15															dd/mm/aaaa	Hora:m
16															dd/mm/aaaa	Hora:m
17															dd/mm/aaaa	Hora:m
18															dd/mm/aaaa	Hora:m
19															dd/mm/aaaa	Hora:m
20															dd/mm/aaaa	Hora:m
21															dd/mm/aaaa	Hora:m
22															dd/mm/aaaa	Hora:m
23															dd/mm/aaaa	Hora:m
24															dd/mm/aaaa	Hora:m
25															dd/mm/aaaa	Hora:m

María Sonia Toro
Firma del agente educativo

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
FI.A3.LSSLPP | 02/05/2025
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

María Sonia Toro
Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 08/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BARQUE

Código Unidad de Servicio (UDS): 638602-12

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	1129693000	SAMARA ALEJANDRA MALPUD TULCAN	3. Cedula ciudadania	1.126.456.6001	LEIDY ELIZABETH TULCAN	1. Telefonico pedagogico	3114427412	10:00	10:15	SI	4	2	0	0	SI	SI
2	1129693001	SANTIAGO ALEJANDRO MALPUD TULCAN	3. Cedula ciudadania	1.126.456.6001	LEIDY ELIZABETH TULCAN	1. Telefonico pedagogico	3114427412	10:00	10:15	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1193827685	EMILY CABALLERO TORO	3. Cedula ciudadania	1.061.800.099	LEIDY YURANI TORO PORTILLA	1. Telefonico pedagogico	3164457385	11:00	11:15	SI	4	2	1	1	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Redes emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		E, 11 Y 13	15/10/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		E, 11 Y 13	15/10/2020	09:00
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		E, 11 Y 13	15/10/2020	12:00
4																
5																
6																
7																
8																
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

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

Para el manejo de los datos personales de los usuarios se da cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 de 2012, reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, que establece las disposiciones generales para la protección de datos personales y el Decreto Nacional 1074 de 2015 que reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.

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