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

**Fecha:** 09/10/2020

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

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

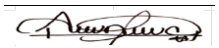
| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1.140.015.846 | YERLI DANELLY MANTILLA VARGAS | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.450.217 | SANDRA PATRICIA VARGAS PASCAL | 1. Telefónico pedagógico | 3118837690 | 09:28 | 09:44 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1.126.459.662 | SARA VALENTINA CORDOBA ROJAS | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.455.648 | ANGIE VIVIANA ROJAS MARTINEZ | 1. Telefónico pedagógico | 3143925551 | 10:15 | 10:29 | 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?<br><br>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?<br><br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br><br>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)<br><br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br><br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br><br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br><br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br><br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br><br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada | |
| | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | se establece comunicación con la señora Sandra Vargas quien manifiesta que la niña se encuentra bien al igual que el resto de los integrantes del nucleo familiar. | PRACTICAS: 10, 11 Y 13 | 16/10/2020 | 09:00 |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | se establece comunicación con la señora Angie Rojas quien manifiesta que la niña se encuentra bien y que no se han presentado novedades dentro del nucleo familiar. | PRACTICAS: 10, 11 Y 13 | 16/10/2020 | 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 | 02/08/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

**09 DE OCTUBRE 2020**

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

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

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1126457712 | JHOSELEN TAMARA MENDEZ ZAMBRANO | CEDULA DE CIUDADANIA | 1000786288 | YULI JULIANA ZAMBRANO SALAZAR | 1. Telefónico pedagógico | 3239085464 | 10:00 am | 10:20 a.m. | SI | 3 | 1 | NO | NO | SI | SI |
| 2 | 1140215378 | KEVIN CAMILO ROJAS CARLOSAMA | CEDULA DE CIUDADANIA | 1000788628 | SARA YULIANA CARLOSAMA SALAZAR | 1. Telefónico pedagógico | 3144758471 | 11:00 am | 11:20 a.m. | SI | 4 | 1 | 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?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2: (Ventas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>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 12 | 16 DE OCT 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 tutora manifiesta que esta en la ciudad de Mocoa por unos días con el menor realizando unas diligencias pertenecias. | 10,11 Y 12 | 16 DE OCT 2020 | 11:00 a.m. |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo



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

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

**Fecha:** 09/10/2020

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

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8.8865E+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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1125438602 | Sara Matthina Dussan Galindo | 3. Cédula ciudadanía | 1.075.232.754 | Diana Dussan | 1. Telefónico pedagógico | 3168129403 | 11:00 | 11:15 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1125143099 | Valery Salome Erazo Silva | 3. Cédula ciudadanía | 1.006.997.497 | Luisa Fernanda Silva Riascos | 1. Telefónico pedagógico | 3209614003 | 14:00 | 14:05 | NO | 2 | 1 | 0 | 0 | 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 | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | 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?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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: (Ventas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2: (Ventas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>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, 12 y CONSTRUYENDO MI IDENTIDAD. | 16/10/2020 | 10:00 |
| 2 | SI | SI | | | NA | NA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | Practicas 10, 11, 12 y CONSTRUYENDO MI IDENTIDAD. | 16/10/2020 | 11:00 |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | Nombre/apellidos | Firma |

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:** KATHERIN VANESSA MONT DIEGRO MOSQUERA

**Fecha:** dd-mm-aa

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

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 6082366

| 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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Número de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA | | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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.<br>(Alertas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2.<br>(Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3.<br>(Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4.<br>(Administrativa)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5.<br>(Riáticos alimentarios – comunes)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6.<br>(Riáticos alimentarios – lluviosos)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | 1.129.459.867 | KYLIE RAMIREZ CAMPAÑA | 2. Cédula ciudadanía | 1075.173.381 | JAVIER HIRIÑO NIETO | 1.Telefónico pedagógico | 3142135179 | 9:00am | 9:35am | SI | 3 | 1 | 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 | 16/10/2020 | 9:00am |
| 2 | 1.129.459.920 | EDDY SAMUEL CISNEROS BECERRA | 2. Cédula ciudadanía | 1.098.133.451 | SANDRA MILENA RICORRA DAZA | 1.Telefónico pedagógico | 3129865272 | 9:30am | 9:45am | SI | 2 | 1 | 0 | 0 | SI | SI | 2 | SI | NO | 7. Otro | NO TIENE VACUNAS PENDIENTES | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 10: ACOMPAÑAR EL DESARROLLO DE | 16/10/2020 | 10:00am |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo


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

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

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

**Fecha:** 09 DE OCTUBRE DEL 2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** mundoNIÑO SINCAHTAHO

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 8080070087

| 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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA | | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual. | Número de personas con síntomas de enfermedad respiratoria en el hogar. | 21.Número de personas afectas o bajo cuidado médico | 22. Novedad 1. (Alertas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas asociacionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Materiales)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Bióticas alimentarias – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Bióticas alimentarias – horarias)<br>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 | 1.139.469.266 | NICOLAI SOFIA HOYOS VELASCO | 2. Cédula ciudadanía | 1.139.469.466 | SARY JHULEN HOYOS VELASCO | TELEFÓNICO PSICOSOCIO | 3126457115 | 10:30AM | 10:35AM | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI | 1 | SI | SI | NO APLICA | NO APLICA | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 10.11.7.13 | 9/10/2020 | 3:00PM |
| 2 | 1.139.469.492 | TOBY SALDIAS YOGI ZNARRAND | 2. Cédula ciudadanía | 1.139.467.77 | ADRIANA MARCELA ZNARRAND | TELEFÓNICO PSICOSOCIO | 2058598662 | 2:00PM | 2:10PM | SI | 4 | 2 | 0 | 0 | SI | SI | 2 | SI | SI | NO APLICA | NO APLICA | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 10.11.7.13 | 9/10/2020 | 3:00PM |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | 23 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | 25 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
Página 2 de 2

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

**Fecha:** OCTUBRE 8 2020

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

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 68001000007

| 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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1020777 | MIRANDA GOFA MOZQUEZ MENDOZA | 1. Cedula de extranjeria | 10.167.744 | ROSA MIA MENDOZA | 1. Telefónico-pedagógico | 3112783259 | 08:00 | 09:00 | SI | 2 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1038364870 | JULIAN JULIANA OTERO GUERRERO | 2. Cedula ciudadania | 1.128.430.181 | ROSA MARIA GUERRERO | 1. Telefónico-pedagógico | 3013165300 | 09:00 | 10:00 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |

Firma del Agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
Página 2 de 2
Clasificación de la información:
Pública

| 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?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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<br>(Bertas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2.<br>(Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3.<br>(Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4.<br>(Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5.<br>(Hábitos alimenticios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6.<br>(Hábitos alimenticios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | SI | NO | 7. Otro | SE ENCUENTRA EN EL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 15.11.Y.12 | 09/10/2020 | 09:00 |
| 2 | SI | NO | 7. Otro | SE ENCUENTRA EN EL DIA CON SU ESQUEMA DE VACUNACION | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 15.11.Y.12 | 09/10/2020 | 10:00 |

Firma del Agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

| | |
|---|---|
| F1.G1.L5#1.PP | 02/08/2020 |
| Versión 3 | Página 2 de 2 |

Clasificación de la información: Pública

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

**Fecha:** 09/10/2020

**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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1233960928 | ISABELA LUCIA MARTAZ SEQUEDA | 3. Cedula ciudadania | 1019537415027 | RUT MAILY MARTAZ | 1. Telefonico pedagogico | 3155803430 | 09:00 | 09:15 | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1011108568 | JHON ALEXANDER LOPEZ SUAREZ | 3. Cedula ciudadania | 1.126.444.656 | CONCHA DEL PILAR MONTENEGRO | 1. Telefonico pedagogico | 3185410486 | 11:00 | 11:15 | SI | 4 | 1 | 0 | 2 | SI | SI |
| 3 | 1120143642 | ABIGAIL REBECA BAEZ CASTRO | 3. Cedula ciudadania | 102.658.527 | ANGELICA CASTRO | 1. Telefonico pedagogico | 3134665739 | 02:15 | 02:30 | SI | 4 | 1 | 6 | 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?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual. | 20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar | 21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico | 22. Novedad 1: (Redes sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2: (Redes emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>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 | 16/10/2020 | 10:30 |
| 2 | SI | SI | | | 1 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 10, 11 Y 13 | 16/10/2020 | 11:00 |
| 3 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | EL ABUELO DEL NIÑO USA INHALADORES | 10, 11 Y 13 | 16/10/2020 | 02:00 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hh:mm |

MAILY FAJARDO

Firma del agente educativo

MAILY FAJARDO

Firma del agente educativo

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

Para mayor información sobre el uso responsable de papel consulte la Política Ambiental del ICBF en la página web www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Transparencia/PoliticasLineamientos/PoliticaAmbiental

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

Para mayor información sobre el uso responsable de papel consulte la Política Ambiental del ICBF en la página web www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Transparencia/PoliticasLineamientos/PoliticaAmbiental

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO
F1.G1.L5R1.PP | 02/09/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública

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

**9 OCTUBRE DEL 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) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Número de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora Inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA | | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cuál. | 20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar | 21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico | 22. Novedad 1. (Abortos sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 7 | 1149015263 | DILAN YESSID MUÑOZ GOMEZ | CÉDULA CIUDADANÍA | 69.019.523 | LUZ DARY GOMEZ | 1- TELEFÓNICO PEDAGÓGICO | 3202543657 | 8:00 a. m. | 8:10 a. m | SI | 6 | 2 | 0 | 0 | SI | SI | 7 | SI | SI | 7. OTRO | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 10,11 y 13 | 16 DE OCTUBRE | 11.30am |
| 10 | 1126457340 | THIAGO ACOSTA ESTRADA | CÉDULA CIUDADANÍA | 27.168.584 | ROCIO DEL CARMEN ESTRADA | 1- TELEFÓNICO PEDAGÓGICO | 3222012391 | 9:35 am | 09:55 | SI | 2 | 1 | 0 | 0 | SI | SI | 10 | SI | SI | 7. OTRO | POR QUE EL ESQUEMA DE VACUNAS ESTA COMPLETO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 10,11 y 13 | 16 DE OCTUBRE | 2:00pm. |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 15 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 17 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 19 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 20 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 21 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 21 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 22 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 23 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 23 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 24 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 24 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 25 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 25 | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente**
Piense en el medio ambiente antes de imprimir este documento. Recuerde que cada hoja de papel que se imprime genera 10 gramos de CO2 y 10 litros de agua. Cada árbol produce 10.000 hojas de papel.

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente**
Piense en el medio ambiente antes de imprimir este documento. Recuerde que cada hoja de papel que se imprime genera 10 gramos de CO2 y 10 litros de agua. Cada árbol produce 10.000 hojas de papel.

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:** 09-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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 750 | ROSANGEL ANTONELLA CAST AÑEDA SALAZAR | 3. Cedula de extranjeria | 20467540 | JOMAR KATERINNE SALAZAR QUINTERO | 1. Telefónico pedagógico | 3135867687 | 10:18 | 10:33 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1091064990 | SOFIA SALOME PAZ QUEDANG | 2. Cedula ciudadania | 41182210 | MARTHA CECILIA QUEMAG VALLEJO | 1. Telefónico pedagógico | 3133367630 | 10:09 | 10:54 | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 3 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | |

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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: (Ayudas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2: (Ayudas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | LA GERENCIA JOMAR KATHERINNE SALAZAR MADRE DE LA NIÑA ROSANGEL ANTONELLA CASTAÑEDA SALAZAR, QUE HACIENDO SU USO DE SU DERECHO A NO RESPONDER POR SUS DATOS SE LA BLOQUEA POR EL MOMENTO, SOLICITADO AGUACHONERO, NUEVO. NUMERO: 3135867687 | 10, 11,13 | 16/10/2020 | 09:00 |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 10,11,13 | 16/10/2020 | 09:30 |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/mm |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | Hr/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:** ROSAPASTORAMORALESGOMES

**Fecha:** 09/10/2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** Local Ubicación: ENCANTADO SEDE

**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 en | niñas y niños de | jeres gestantes y | personas mayores | a agua para coc | eso a frutas y ve | | e vacunas actualizado, a | vicios de salud para la aplicar | sea "NO" , indague ¿Por qué no | ección en la pregunta anterior" | 7. Otras de enfermedades aisladas o t | | ovedad 1. (Kortas e | edad 2. (Kortas en | suntos situación d | redad 4. (Gestant | 5. (Hábitos alimenta | 6. (Hábitos alimenta | 28. Otras novedades y observaciones | | | 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 multipl | | | | SI / NO / NO APLIC | SI / NO / NO APLIC | SI / NO / NO APLIC | SI / NO / NO APLIC | SI / NO / NO APLIC | SI / NO / NO APLIC | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | 1123142182 | ALLISON SOFIA BENAVIDEZ NASTACUAS | 2. Cédula ciudadanía | 275.210 | GLORIA MARINA CUARAN | 1. Telefónico pedagógico | 3114883385 | 11:00 | 11:20 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI | 9 | SI | NO | Otro | que el esquema de vacunacion esta com | 1 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 11, 13 | 16/10/2020 | 10:25 |
| 2 | 1030065211 | JUAN SEBASTIAN CORREA VELASQUEZ | 2. Cédula ciudadanía | 69.021.649 | DIANA CRISTINA VELASQUE CORREA | 2. Telefónico seguimiento | 3107874967 | 11:35 | 11:50 | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI | 10 | SI | NO | Otro | que el esquema de vacunacion esta com | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 11, 13 | 16/10/2020 | 12:35 |
| 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!**

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

**Fecha:** 09 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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA | | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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. (Ollas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Ferias emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntos situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – huerta)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 1 | 1143915541 | DYLAN SAMUEL TORO BERMUDEZ | 3. Cedula ciudadania | 1124658169 | JULIETH PAOLA BERMUDEZ FERNANDEZ | 1. Telefonico pedagógico | 3206003530 | 8:00am | 8:30am | SI | 4 | 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 | 1124657879 | JUAN FELIPE BETANCU | 3. Cedula ciudadania | 1124622022 | MAGDALORENA SAAVEDRA CHARRIA | 1. Telefonico pedagógico | 3105123671 | 08:00am | 08:30am | SI | 5 | 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 | 08:00am |
| 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



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

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

**Fecha:** 09-oct-20

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

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

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | | 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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA | | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2: (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | 1126455815 | SAMUEL ALEJANDRO CHULDE RONA | 3. Cedula ciudadania | 411.119.847 | SARA RONA POSSO | 1. Telefonico pedagógico | 3214382135 | 10:03 | 10:13 | SI | 7 | 1 | 0 | 1 | SI | SI | 1 | SI | NO | 7. Otro | TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD PROXIMA CITA 4 A | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | IE, 11, 13 | 14/10/2020 | 10:00 |
| 2 | 1145015792 | ADRIRA ISABELLA VILLAROL DOMINGUEZ | 3. Cedula ciudadania | 1.126.455.998 | ADRIRA DOMINGUEZ | 1. Telefonico pedagógico | 3137151932 | 10:03 | 10:22 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI | 2 | SI | NO | 7. Otro | TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD PROXIMA CITA 4 A LA LA APLICA | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | IE, 11, 13 | 15/10/2020 | 10:00 |
| 3 | 1020969.660 | VALERY MELISA MACIAS CHILQUISO | 3. Cedula ciudadania | 1.114.130.232 | FLOR YASMIN CHILQUISO | 1. Telefonico pedagógico | 3147363097 | 10:40 | 10:52 | SI | 7 | 1 | 0 | 1 | SI | SI | 3 | SI | NO | 7. Otro | TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD PROXIMA CITA 4 A | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | IE, 11, 13 | 14/10/2020 | 10:40 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 8 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 9 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 10 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 10 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 11 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 13 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 15 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 17 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 19 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 20 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 21 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 21 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 22 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 23 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 23 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 24 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 25 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 25 | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

**Fecha:** 09-oct-25

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

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

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1143015883 | SANTIAGO ENRIQUEZ AVILA | 3. Cedula ciudadania | 1143015883 | SILIA ALEJANDRA AVILA CASTRO | 1. Telefonico pedagógico | 3214380598 | 02:13:00 p.m. | 02:21:00 p.m. | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1126143126 | AMADHAN SALOMÉ CUARAN MARTINEZ | 3. Cedula ciudadania | 1127027659 | LUZ ADRIANA MARTINEZ PINEDA | 1. Telefonico pedagógico | 3102729460 | 02:40:00 p.m. | 02:51:00 p.m. | 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?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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: (Adultos sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2: (Adultos emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>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 | 14-oct-25 | 02:00:00 p.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 | 14-oct-25 | 02:00:00 p.m. |
| 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 |

María Sonia Toro
Firma del agente educativo

María Sonia Toro
Firma del agente educativo

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

| | |
|---|---|
| F1.G1.L9/LPP | 02/09/2020 |
| Versión 3 | Página 2 de 2 |

Clasificación de la información: Pública

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

**Fecha:** 09/10/2020

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

**Código Unidad de Servicio (UDS):** 63869212 DIDACTICO SEDE

| 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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1125957829 | RAFAEL JHUNNIOR PALTALOZADA | 3. Cedula ciudadania | 41.119.327 | GLORIA INELENA LOZADA ANDRADE | 1. Tecnico pedagogico | 3215527649 | 09:00 | 09:15 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1125659438 | ZOE ALEJANDRA CLAROS VASQUEZ | 3. Cedula ciudadania | 126.453.389 | DONA EMILSON VASQUEZ | 1. Tecnico pedagogico | 3142388595 | 02:00 | 02:10 | 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?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>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: (Aertas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2: (Aertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 1 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | EL HERMANO MAYOR DEL USUARIO ES DIDACTICO | 10, 11 Y 13 | 16/10/2020 | 09:00 |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | 10, 11 Y 13 | 16/10/2020 | 02:00 |
| 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 |

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

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

LEIDY YOHANNA SANCHEZ

Firma del agente educativo

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