	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: NELCY CABEZAS A

Fecha: 10/8/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8880010233

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, var opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, var 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, var 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	1124458858	CRISTIAN CAMILO CHACON GUANGUA	C. Cabeza cuidadaria	11.264.554.456	ROSALBA GUANGA	1. Telefónico pedagógico	3222546379	8:00	8:15	SI	3	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/10/2020	8:00
2	1102713553	DANIEL STIVEN ANDRADE MENESES	C. Cabeza cuidadaria	1, 125, 440, 725	SANDRA ANDRADE	1. Telefónico pedagógico	3115196692	8:15	8:30	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/10/2020	8:15
3	1126434370	ANGELA ROND CHAGOY	C. Cabeza cuidadaria	1, 126, 452, 339	YEZENIA CHAGOY	1. Telefónico pedagógico	3167380540	8:30	8:45	SI	10	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/10/2020	8:30
4	1126453576	SAMUEL ABIGAL DUARTE HERAO	C. Cabeza cuidadaria	1, 126, 452, 247	ANGIE HERAO SIERRA	1. Telefónico pedagógico	3204339675	8:45	9:00	SI	4	2	0	0	SI	SI	4	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/10/2020	8:45
5								hh:mm	hh:mm								5					0	0									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

NELCY CABEZAS A

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento.... piense en el medio ambiente!
ESTAMOS HACIA TECNOLOGÍAS MÁS LIMPIAS, EFICIENTES, DE CONSUMO ACORDE CON NUESTRO COMPROMISO AMBIENTAL
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

NELCY CABEZAS A

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento.... piense en el medio ambiente!
ESTAMOS HACIA TECNOLOGÍAS MÁS LIMPIAS, EFICIENTES, DE CONSUMO ACORDE CON NUESTRO COMPROMISO AMBIENTAL
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020	
		Versión 3	Página 1 de 2	
		Clasificación de la Información: Pública		

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020	
		Versión 3	Página 2 de 2	
		Clasificación de la Información: Pública		

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARCELA CAMPAÑA QUINSIGUIN

Fecha: 10/8/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8880001003330

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, var opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, var 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	1.080.065.685	SHARK SOFIA SALAZAR ZAMBRANO	C. Cédula ciudadanía	1.085.274.948	LORENA ZAMBRANO	2. Telefónico seguimiento	3216698874	8:00	8:15	SI	2	1	0	0	SI	SI
2	1.126.140.483	JUAN CAMILO RUBIANO BONAVIDES	C. Cédula ciudadanía	11.264.385.703	YISSEL PAOLA BONAVIDEZ	2. Telefónico seguimiento	3125547746	8:16	8:31	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	SD	LUIS MIGUEL SIVIRA HERNANDEZ	C. Cedula de extranjeria	11.697.174	MIGUEL SIVIRA	2. Telefónico seguimiento	3163451388	8:32	8:46	SI	9	1	0	0	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, var 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	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11 y 13	10/15/2020	8:00
2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	10/15/2020	8:20
3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	10/15/2020	8:40
4																
5																
6																
7																
8																
9					0	0									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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
PROHIBIDA LA VENTA Y/O USO CON FINES COMERCIALES, POLITICOS O PUBLICITARIOS DE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA. COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS HACEN PARTE DEL TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF, Y LA LEY 1581 DE 2012

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
PROHIBIDA LA VENTA Y/O USO CON FINES COMERCIALES, POLITICOS O PUBLICITARIOS DE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA. COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS HACEN PARTE DEL TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF, Y LA LEY 1581 DE 2012

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ANDREA RIVERA POSO

Fecha: 10/6/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.00002+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 multiple, var opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción multiple, var 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	1140833655	EDUIN SANTIAGO GORDON QUINTANA	C: Cédula ciudadanía	1,126,452,736	ZENAIDA JAKELINE QUENGUAN CHACUA	2. Telefónico seguimiento	3106349111, 32022-69973	9:00	9:50	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	2150652231-4	HEIVER ANDRES COELLO BOLAÑOS	C: Cédula ciudadanía	59.891.768	FLOR ARTEAGA	2. Telefónico seguimiento	3133749140	10:00	10:10	SI	6	1	0	0	SI	SI
3	1140010058	JHOAN NICHOLAS AMARIO CASTRO	C: Cédula ciudadanía	1,126,457,460	EVELIN CATHERINE CASTRO SEDOYA	2. Telefónico seguimiento	3106349811	10:45	10:55	SI	6	2	0	0	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción multiple, var 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	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A A EDAD QUE TIENE	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/16/2020	11:30
2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A A EDAD QUE TIENE	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/16/2020	11:50
3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A A EDAD QUE TIENE	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/16/2020	12:20
4																
5																
6																
7																
8																
9					0	0									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

ANDREA RIVERA POSO

Firma del agente educativo

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

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AT.LMS.PP	6/3/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ANDREA RIVERA POSO

Firma del agente educativo

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

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: YENY ANDREA MARROQUIN

Fecha: 10/6/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68E+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	1133164852	BREINER SAID ERAZO ILES	C. Cédula ciudadanía	1,126,464,929	KELY JHOANA ILES ILVIRA	1. Telefónico pedagógico	3112224670	7:00	7:15	SI	7	1	1	2	SI	SI
2	1,057,787,668	MARIANGEL GOMEZ MORALES	C. Cédula ciudadanía	1,057,787,923	ANGIE GABRIELA MORALES ALVAREZ	1. Telefónico pedagógico	3108485948	7:30	7:45	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1120143947	DANILA INTRIAGO PAZ	C. Cédula ciudadanía	1,309,876,193	TANYA MONSERRATE INTRIAGO ANCHUNDIA	1. Telefónico pedagógico	3164347606	8:00	8:15	SI	5	1	0	0	SI	SI
4	1120142529	JHOSUE DANIEL ERAZ VARGAZ	C. Cédula ciudadanía	1,385,912,461	MARIELA VARGAS CLAROS	1. Telefónico pedagógico	3124061546	8:30	8:45	SI	4	1	0	0	SI	SI
5								hh:mm								
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (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	NO	7. Otro	Esta al dia en las vacunas acorde a la edad que tiene	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/10/2020	7:00
2	SI	NO	7. Otro	Esta al dia en las vacunas acorde a la edad que tiene	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/10/2020	7:15
3	SI	NO	7. Otro	Esta al dia en las vacunas acorde a la edad que tiene	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/10/2020	7:30
4	SI	NO	7. Otro	Esta al dia en las vacunas acorde a la edad que tiene	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	10/10/2020	7:45
5																
6																
7																
8																
9					0	0									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

YENY ANDREA MARROQUIN

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.40.LMS.PP	6/3/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

YENY ANDREA MARROQUIN

Firma del agente educativo

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

LOS DATOS PERSONALES suministrados serán tratados conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Entidad, la cual puede ser consultada en nuestra página web www.icbf.gov.co. Ley 1581 de 2012 y Dec 1377 de 2013

REDES CON FAMILIAS	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REDES CON FAMILIAS	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARIA ARBEDIA LEDEZMA

Fecha: 10/8/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 0.68002+12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de 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	1124457692	ROBINSON DANIEL MEZA NARVAEZ	2. Cédula ciudadanía	1,126,455,356	ANGGY LEANY NARVAEZ MUNOZ	1. Telefónico pedagógico	3104429574	hh:mm	hh:mm	SI	4	1	NA	NA	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A A EDAD QUE TIENE	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11	12/10/2020	hh:mm
2	1123545905	JUAN SEBASTIAN ORTEGA YANDUN	2. Cédula ciudadanía	41 119 689	ROSALBA YANDUD	1. Telefónico pedagógico	3201206391	hh:mm	hh:mm	SI	4	1	NA	NA	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A A EDAD QUE TIENE	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11	12/10/2020	hh:mm
3																	3															
4																	4															
5																	5															
6																	6															
7																	7															
8																	8															
9																	9															
10																	10															
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

MARIA ARBEDIA LEDEZMA

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Imprimir sólo cuando sea absolutamente necesario. Use ambos lados. Cuide del papel.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

MARIA ARBEDIA LEDEZMA

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Imprimir sólo cuando sea absolutamente necesario. Use ambos lados. Cuide del papel.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: LUZMARLENE GARCIA

Fecha: 10/6/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8880020100330

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, var opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, var opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA	No.	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, var 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	1091999564	ANYELI SOFIA PRIETO CARRERO	2. Cédula ciudadanía	37,327,246	MARI BELLA PRIETO CARRERO	1. Telefónico pedagógico	3162222896	8:30	8:45	SI	4	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/13/2020	8:30
2	SD	ALEXA VALENTINA SOTO FLORES	5. Cedula de extranjeria	20,239,182	ANGELICA EDIBETH FLORES HERNANDEZ	1. Telefónico pedagógico	3123154152	9:00	9:15	SI	7	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/13/2020	9:00
3	1130164872	JHONNER SANTIAGO IBARRA ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1,120,446,157	SHELEY WUDNEY ROJAS ALVAREZ	1. Telefónico pedagógico	3124168230	9:20	9:40	SI	6	2	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/13/2020	9:40
4																	4														
5																	5														
6																	6														
7																	7														
8																	8														
9								hh:mm	hh:mm								9					0	0								dd/mm/aaaa	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm								10														
11								hh:mm	hh:mm								11														
12								hh:mm	hh:mm								12														
13								hh:mm	hh:mm								13														
14								hh:mm	hh:mm								14														
15								hh:mm	hh:mm								15														
16								hh:mm	hh:mm								16														
17								hh:mm	hh:mm								17														
18								hh:mm	hh:mm								18														
19								hh:mm	hh:mm								19														
20								hh:mm	hh:mm								20														
21								hh:mm	hh:mm								21														
22								hh:mm	hh:mm								22														
23								hh:mm	hh:mm								23														
24								hh:mm	hh:mm								24														
25								hh:mm	hh:mm								25														

LUZ MARLENE GARCIA

Firma del agente educativo

LUZ MARLENE GARCIA

Firma del agente educativo

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

IMPRIMIR HOJAS TAMAÑO OFICIO, DOCUMENTO DE CONSERVACIÓN ALTA, CUIDE DE NUESTRO MEDIO AMBIENTE.

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

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

IMPRIMIR HOJAS TAMAÑO OFICIO, DOCUMENTO DE CONSERVACIÓN ALTA, CUIDE DE NUESTRO MEDIO AMBIENTE.

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: DILSA LORENY CHAMORRO

Fecha: 10/8/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8880020100330

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, var opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, var 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, var 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	SD	MARIANGEL JESUS CAMPOS SUAREZ	C. Cédula ciudadanía	SD	MIRELIS JESUS SUAREZ BARRETO	1. Telefónico pedagógico	3133322356	8:00	8:15	SI	6	3	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	10/10/2020	10:00
2	SD	WILENNYS ANDREA CARNICO HENRIQUEZ	C. Cédula ciudadanía	SD	EUDDY ANDREINA HENRIQUEZ ALVAREZ	1. Telefónico pedagógico	3115859913	8:30	8:45	SI	5	2	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	10/10/2020	11:00
3	SD	ISAAC JOSE GARCES ALVAREZ	C. Cédula ciudadanía	SD	MARIOLIS JOSEFA ALVAREZ PRIETO	1. Telefónico pedagógico	3142154131	9:00	9:45	SI	6	2	1	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 Y 13	10/10/2020	9:45
4																	4															
5																	5															
6																	6															
7																	7															
8																	8															
9								hh:mm	hh:mm								9					0	0								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

DILSA LORENY CHAMORRO

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Imprimir sólo cuando sea absolutamente necesario. La información física CONTIENE CONFIDENCIAL
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AY.LM5.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

DILSA LORENY CHAMORRO

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Imprimir sólo cuando sea absolutamente necesario. La información física CONTIENE CONFIDENCIAL
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012