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

Fecha: 10/12/2020

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, 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	1145051640	VALERY LUCIANA COLONIA SILVA	C. Cédula ciudadanía	1,126,455,947	LEIDY SILVA	2. Telefónico seguimiento	3127394279	9:00	9:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1065164855	DAINERYS CASTILLO ZAMBRANO	C. Cédula ciudadanía	41.118.435	NEFER ZAMBRANO JURADO	2. Telefónico seguimiento	3123758595	9:15	9:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1124455847	LUCIANNA ZEA ESTERILLA	C. Cédula ciudadanía	1.065.300.139	ANDREA ESTERILLA	2. Telefónico seguimiento	3225913600	9:30	9:45	SI	3	1	0	0	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

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

NELCY CABEZAS A

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.A1.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!

CONSIDERE TODOS TIPOS DE RIESGOS PARA DISMINUIR SU VULNERABILIDAD. CUIDE SU CUERPO Y CONTROL DEL LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS 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: MARCELA CAMPAÑA QUINSIGUIN

Fecha: 10/12/2020

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, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1,126,458,066	NINI SALOME PAZ GARCIA	2. Cédula ciudadanía	1,007,816,526	GINA LIGETH GARCIA	2. Telefónico seguimiento	3126446520	8:00	8:15	SI	7	2	0	0	SI	SI
2	1,126,457,912	GEORDY SAMIR GOMEZ ROSALES	2. Cédula ciudadanía	1,124,864,887	YEIMI NATALY ROSALES ROMO	2. Telefónico seguimiento	3126880423	8:15	8:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1,144,536,707	MARIANA ANTONELLA POPAYAN CHACA	2. Cédula ciudadanía	1,083,896,370	PAULA ANDREA CHACA VARGAS	2. Telefónico seguimiento	3188752921	8:30	8:40	SI	4	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, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/12/2020	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			10/12/2020	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			10/12/2020	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!

CONSIDERE TODOS TIPOS DE GASTOS PARA EDUCACIÓN, DE LA MISMA FORMA COMPARTA MEDIOS.

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
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Firma del agente educativo

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

CONSIDERE TODOS TIPOS DE GASTOS PARA EDUCACIÓN, DE LA MISMA FORMA COMPARTA MEDIOS.

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: ANDREA RIVERA POSO

Fecha: 10/12/2020

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	1124457855	IRIA ISABELLA BURGOS VERA	C. Cédula ciudadanía	1,113,326,989	JENNIFER VERA	C. Telefónico seguimiento	3233045918	8:15	8:30	SI	6	2	0	1	SI	SI
2	1124458606	AARON MATIAS ARANGO ROJAS	C. Cédula ciudadanía	1,006,900,988	LISSETH VANESSA ROJAS CHAPID	C. Telefónico seguimiento	3144506993	9:30	9:15	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1124457995	EMILY VALENTINA CARLOSAMA CHUMATA	C. Cédula ciudadanía	1,010,100,917	DIANA NAYELY CHUMATA SUAREZ	C. Telefónico seguimiento	3209433653	10:00	10:15	SI	6	2	0	0	SI	SI
4	1124457991	NATHALY MARIANNA MINOSALVA CLAROS	C. Cédula ciudadanía	1,126,458,451	ANGIE NATALIA CLAROS MARTINEZ	C. Telefónico seguimiento	3167023614	11:00	11:15	SI	6	2	0	0	SI	SI
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES								VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, segun su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior "7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (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			10/19/2020 8:30
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			10/19/2020 9:30
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			10/19/2020 9:15
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			10/19/2020 9:31
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					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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AT.LM9.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 PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SE ENCUENTRAN PROTEGIDOS POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO 1377 DE 2013

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

Fecha: 10/12/2020

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	1038821678	SEBASTIAN DIAZ CARDONA	C. Cédula ciudadanía	98.940.956.751	IZETH CRISTINA RIVERA CARDONA	1. Telefónico pedagógico	3146785585	7:00	7:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	SD	JOSE GABRIEL NARANJO FIGUEROA	D. Cédula de extranjería	24.674.155	YARELIS WILMELIS FIGUEROA SOLANO	1. Telefónico pedagógico	3124100378	7:15	7:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1132164910	SAMUEL ALEXANDER BRAVO VERA	C. Cédula ciudadanía	1.006.986.170	KAREN ALEJANDRA CUICES VERA	1. Telefónico pedagógico	3216363165	7:30	7:45	SI	3	1	0	1	SI	SI
4	1098878220	DAVID SANTIAGO CHAVEZ MELENDEZ	C. Cédula ciudadanía	1.085.690.455	DIANA CAROLINA CHAVES MELENDEZ	1. Telefónico pedagógico	3158600129	8:00	8:15	SI	4	2	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, segun su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", menciona 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	Se remite a apoyo psicosocial para orientacion sobre la sensibilizacion a las familias para que haya mayor acompañamiento en las actividades		10/20/2020	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	Se remite a apoyo psicosocial para orientacion sobre la sensibilizacion a las familias para que haya mayor acompañamiento en las actividades		10/20/2020	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	Se remite a apoyo psicosocial para orientacion sobre la sensibilizacion a las familias para que haya mayor acompañamiento en las actividades		10/20/2020	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	Se remite a apoyo psicosocial para orientacion sobre la sensibilizacion a las familias para que haya mayor acompañamiento en las actividades		10/20/2020	7:45
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					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	F1.A1.LM5.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 contenidos en este documento son CONFIDENCIALES de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos Reglamentarios

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

Fecha: 10/12/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.68802E+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	1085337635	ANA SOFIA UZAZA SOLARTE	C. Cédula ciudadanía	1,126,454,904	YANERA SOLARTE	2. Telefónico seguimiento	3218079604	8:00	8:15	SI	4	1	NA	NA	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE AGU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/12/2020	8:00
2	1123044964	HECTOR FABRICIO PORTILLO RODRIGUEZ	C. Cédula ciudadanía	11,173,330,691	SANDRA PATRICIA RODRIGUEZ	2. Telefónico seguimiento	3164662795	8:15	8:27	SI	5	1	NA	NA	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE AGU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/12/2020	8:15
3	1123044978	JHOAN AKLEY ACOSTA QUIROZ	C. Cédula ciudadanía	1,126,447,737	SANDRA QUIROS	2. Telefónico seguimiento	3124650762	8:30	8:45	SI	5	1	NA	NA	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE AGU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/12/2020	8:30
4	1140051559	ALISON SALOME MONTENEGRO CUELTAN	C. Cédula ciudadanía	1,126,454,460	MAYELY CUELTAN	2. Telefónico seguimiento	3136927581	9:00	9:20	SI	3	1	NA	NA	SI	SI	4	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE AGU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/12/2020	9:00
5	SD	JOHANGUI ISAIAS COLMENARIZ SUAREZ	C. Cédula ciudadanía	20,868,204	JHOANA SUAREZ	2. Telefónico seguimiento	3213426837	9:45	10:00	SI	4	1	NA	NA	SI	SI	6	SI	SI	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE AGU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/12/2020	10:00
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!

Usando copia impresa de este documento se consumen cerca 100 litros de agua y 2 kilos de CO2 (gases efecto invernadero).

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

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

MARIA ARBEDIA LEDEZMA

Firma del agente educativo

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

Usando copia impresa de este documento se consumen cerca 100 litros de agua y 2 kilos de CO2 (gases efecto invernadero).

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: LUZ MARLENE GARCIA

Fecha: 10/13/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8980020120220

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	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
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	2	0	SI	SI
3	1130164872	JHONNER SANTIAGO IBARRA ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1,120,446,157	EMILEY WUDNEY ROJAS ALVAREZ	1. Telefónico pedagógico	3124168230	9:20	9:40	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" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	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	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	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																
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

LUZ MARLENE GARCIA

Firma del agente educativo

	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	

LUZ MARLENE GARCIA

Firma del agente educativo

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

CONSIDERE TODOS TODOS EL MEDIO AMBIENTE DE LA PROTECCIÓN DEL CORTE DE CONTROL DEL
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

Fecha: 10/12/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8980020120220

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	1120042096	EMILY ANTONELLA RODRIGUEZ HERNANDEZ	C. Cédula ciudadanía	1,120,423,160	DIANA PAOLA HERNANDEZ ERAZO	2. Telefónico seguimiento	3116895397	8:30	8:45	SI	2	1	0	0	SI	SI
2	1140915858	MARIA PAULA PENAGOS BURGOS	C. Cédula ciudadanía	1,013,891,857	KAROL DANIELA PENAGOS BURGOS	2. Telefónico seguimiento	3216973034	9:00	9:15	SI	7	1	0	0	SI	SI
3	SD	KARIANN JEREMIAS PEREZ ALVARADO	C. Cédula ciudadanía	SD	GENESSIS YULIANNY ALVARADO DAZA	2. Telefónico seguimiento	3176671516	9:30	9:45	SI	7	3	0	0	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de 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 VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO			10/19/2020	8:00
2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO			10/19/2020	9:30
3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO			10/19/2020	10:00
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

DILSA LORENY CHAMORRO

Firma del agente educativo

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

CONSIDERE TODOS TIPOS DE RIESGOS PARA DISPONER DE LA INFORMACIÓN COMO: CORTAR ANTE TERCEROS, ETC.

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	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!

CONSIDERE TODOS TIPOS DE RIESGOS PARA DISPONER DE LA INFORMACIÓN COMO: CORTAR ANTE TERCEROS, ETC.

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