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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: CLARIPSA VELOSA CICERI

Fecha: 05-oct-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SEMBRANDO SEMILLAS DE ESPERANZA

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

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono	8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
1	1130164873	JHONIER RODRIGO PALACIOS ZAMBRANO	2. Cédula ciudadanía	1087748674	SANDRA VIVIANA ZAMBRANO CAICEDO	1. Telefónico pedagógico	3156026548	08:30	08:45	SI	4	1	NO	NO	SI	SI
2	1140015535	LAURA VALENTINA OLARTE IMBUS	2. Cédula ciudadanía	40670856	ERLEYDA MILENA OLARTE IMBUS	1. Telefónico pedagógico	316692268	09:00	09:15	SI	6	1	NO	NO	SI	SI
3	1126457330	JHOSTIN ANDRES NARVAEZ GUEVARA	2. Cédula ciudadanía	1004695774	VERONICA GISELLA GUEVARA YELA	1. Telefónico pedagógico	3163692206	09:30	09:45	SI	2	1	NO	NO	SI	SI
4																
5																
6																
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							

Claripsa Velosa C

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA MADRE DE FAMILIA INFORMA QUE SE ECUENTRA EN LA PASTO HOY 5 DE OCTUBRE YA QUE EL USUARIO TIENE CONTROL CON EL	11 Y 13	12/10/2020	08:30
2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11 Y 13	12/10/2020	09:00
3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		11 Y 13	12/10/2020	09:30
4																
5																
6																
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

Claripsa Velosa C

Firma del agente educativo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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: LUZ MIRYAM ROJAS MORA

Fecha: 05-oct-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SEMBRANDO SEMILLAS DE ESPERANZA EL TIGRE

Código Unidad de Servicio (UDS): 660050011295

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	1140001714	HEILYN SAMAY OBANDO CUASALPUD	2. Cédula ciudadanía	1.085.247.819	MIRYAM PATRICIA CUASALPUD ROJAS	1. Telefónico pedagógico	2177485699	09:00 a.m.	09:15 a.m.	Si	6	1			Si	Si
2	1093837334	LAUTHANY SOFIA VASQUEZ PEPICANO	2. Cédula ciudadanía	1.007.933.586	MONICA YULIANA PEPICANO TRUJILLO	1. Telefónico pedagógico	3189605303	9:30a. m.	9:45a. m.	Si	5	2			Si	Si
3	1140019627	ELIANG EMMIR MENESES FERNANDEZ	2. Cédula ciudadanía	1.006.995.362	ELISABETH FERNANDEZ TORO	1. Telefónico pedagógico	3165182042	10:00a. m.	10:15a. m.	Si	5	1			Si	Si
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI/ NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Ayudas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Ayudas 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	USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMADE VACUNACION			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11 Y 13	13/10/2020	09:00 a.m.
2	SI	NO	7. Otro	USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11 Y 13	13/10/2020	9:30a. m.
3	SI	NO	7. Otro	USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11 Y 13	13/10/2020	10:00a. m.
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN UTILIZADOS PARA FINES ESTADÍSTICOS Y DE CONTROL DE LA ATENCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ICBF. LEY 1581 DE 2012 Y DECRETO REGLAMENTARIO 1377 DE 2013.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN UTILIZADOS PARA FINES ESTADÍSTICOS Y DE CONTROL DE LA ATENCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ICBF. LEY 1581 DE 2012 Y DECRETO REGLAMENTARIO 1377 DE 2013.

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: SANDRA MILENA CUARAN BENAVIDES

Fecha: 01/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CDI SEMBRANDO SEMILLAS DE CONFIANZA

Código Unidad de Servicio (UDS): 8600011359

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	1123453896	ELVIN FELIPE SANCHEZ GOMEZ	2. Cédula ciudadanía	1123445893	LENIS GOMEZ	1. Telefónico pedagógico	3183368236	09:30am	09:45am	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1098738943	KENER GABRIEL TORO GIL	2. Cédula ciudadanía	41117276	LUZ AMANDA VIVEROS	1. Telefónico pedagógico	3154533990 - 3182747437	10:10am	10:25am	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? 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. (Ayertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Ayertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	SI	7.Otro	cita 5 años	0	0	NO	NO	NO	NO	NO-APLICA	NO-APLICA		11	12/10/2020	10:30am
2	SI	SI	7.Otro	cita 5 años	0	0	NO	NO	NO	NO	NO-APLICA	NO-APLICA	Quien recibe la llamada telefónica es la abuela del niño llamar Gabriel y no manifiesta que ha	11	12/10/2020	11:00am
3																
4																
5																
6															dd/mm/aaaa	Hh:mm
7															dd/mm/aaaa	Hh:mm
8															dd/mm/aaaa	Hh:mm
9															dd/mm/aaaa	Hh:mm
10															dd/mm/aaaa	Hh:mm
11															dd/mm/aaaa	Hh:mm
12															dd/mm/aaaa	Hh:mm
13															dd/mm/aaaa	Hh:mm
14															dd/mm/aaaa	Hh:mm
15															dd/mm/aaaa	Hh:mm
16															dd/mm/aaaa	Hh:mm
17															dd/mm/aaaa	Hh:mm
18															dd/mm/aaaa	Hh:mm
19															dd/mm/aaaa	Hh:mm
20															dd/mm/aaaa	Hh:mm
21															dd/mm/aaaa	Hh:mm
22															dd/mm/aaaa	Hh:mm
23															dd/mm/aaaa	Hh:mm
24															dd/mm/aaaa	Hh:mm
25															dd/mm/aaaa	Hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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: SANDRA MILENA VEGA CORTES

Fecha: 5 DE OCTUBRE 2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SEMBRANDO SEGUMA DE CHICHAGTA

Código Unidad de Servicio (UDS):

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
7	1112062543	ANEL DAIRI CRIOLLO ADRADA	3. Cedula ciudadania	1.080.298	LUDIBIA CRIOLLO ADRADA	1. Telefonico pedagógico	3104273884	8:55AM	9:40AM	SI	2	1			SI	SI
9	1124631706	NEIMAR ANDRES TRUJILLO FLOREZ	3. Cedula ciudadania	43.603.910	MARTHA ISABELLA FLORES	1. Telefonico pedagógico	3183208961	9AM	9:30AM	SI	3	1			SI	SI
11	1132164882	ALEJANDRO LEITON	3. Cedula ciudadania	1.126.453.922	SANDRA MARTINEZ LEITON	1. Telefonico pedagógico	3182805884	9:20AM	9:40AM	SI	3	1			SI	SI
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
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. (Redes sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Redes emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
																dd/mm/aaaa	hh:mm
7	SI	NO	7.Otro	EL USUARIO TIENE SU VACUNACION COMPLETA HASTA LA FECHA			NO	NO	NO	NO	NO	SI		59	13-oct	11AM
9	SI	NO	7.Otro	EL USUARIO TIENE SU VACUNACION COMPLETA HASTA LA FECHA			NO	NO	NO	NO	NO	SI		59	13-oct	11AM
11	SI	NO	7.Otro	EL USUARIO TIENE SU VACUNACION COMPLETA HASTA LA FECHA			NO	NO	NO	NO	NO	SI		59	13-oct	11AM
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
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!
USTED ESTÁ IMPRIMIENDO UNA COPIA CONTROLADA. LA VERSIÓN VIGENTE SE ENCUENTRA EN EL MAPA DE PROCESOS. UNA COPIA NO CONTROLADA NO GARANTIZA QUE SEA LA VERSIÓN VIGENTE

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
USTED ESTÁ IMPRIMIENDO UNA COPIA CONTROLADA. LA VERSIÓN VIGENTE SE ENCUENTRA EN EL MAPA DE PROCESOS. UNA COPIA NO CONTROLADA NO GARANTIZA QUE SEA LA VERSIÓN VIGENTE