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

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

**Fecha:** 07-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<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 | 1309 | DIEGO ANDRES GUERRA OSEDA | 2. Cédula ciudadanía | 26231704 | ARIANA ALEJANDRA OSEDA OSEDA | 1. Telefónico pedagógico | 3184928523 | 08:00 | 08:15 | SI | 4 | 2 | NO | NO | SI | SI |
| 2 | 1083928939 | KEVIN ALEJANDRO TRUJILLO PEPICANO | 2. Cédula ciudadanía | 1007531586 | MONICA YULIANA PEPICANO TRULLO | 1. Telefónico pedagógico | 3174471390 | 08:20 | 08:35 | SI | 5 | 2 | NO | NO | SI | SI |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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?<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 | 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 | 14/10/2020 | 08:00 |
| 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 | 14/10/2020 | 08:20 |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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:** 7 DE OCTUBRE 2020

**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<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 | 1140051781 | ELIAN SAMUEL MARTINEZ ANACONA | 2. Cédula ciudadanía | 1.126.459.936 | SOLANGI ESPERANZA ANACONA SOLANO | 1. Telefónico pedagógico | 3168323625 | 9:00 a. m. | 9:15 a. m. | Si | 5 | 1 | 1 | 1 | Si | Si |
| 2 | 1140051757 | DILAN SANTIAGO MARTINEZ GAVIRIA | 2. Cédula ciudadanía | 11.266.455.441 | FRANCIA EVILA GAVIRIA RENGIFO | 1. Telefónico pedagógico | 3205074168 | 9:20 a. m. | 9:35 a. m. | Si | 5 | 2 | | | Si | Si |
| 3 | 1126458704 | KILIAN THIAGO VALENCIA SANCHEZ | 2. Cédula ciudadanía | 66.809.264 | DORIS AMPARO SANCHEZ MUÑOZ | 1. Telefónico pedagógico | 3212156520 | 10:00 a.m. | 10:15a. m. | Si | 6 | 1 | | | 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 | | | | | | | |

| 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.<br>(Ayudas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2.<br>(Ayudas 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 alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6.<br>(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 | 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 | 9:00 a.m. |
| 2 | 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 | 14/10/2020 | 9:30 a.m. |
| 3 | 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 | 14/10/2020 | 10:00 a.m. |
| 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 |

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**
LOS DATOS ALMACENADOS EN ESTE FORMATO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER USADOS PARA LOS FINES DESCRITOS EN LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**
LOS DATOS ALMACENADOS EN ESTE FORMATO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER USADOS PARA LOS FINES DESCRITOS EN LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013

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:** SANDRA MILENA CUARAN BENAVIDES

**Fecha:** 07/10/2020

**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<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 | 1001444271 | DARWIN ALEJANDRO ACTUDILLO MENESES | 2. Cédula ciudadanía | 1124642441 | LINA MENESES | 1. Telefónico pedagógico | 3147773982 | 10:40am | 10:50am | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 2 | 96380783 | MAHUEABELLA CARDILES SIMOSA | 2. Cédula ciudadanía | 28330233 | OLIGRIDDY SIMOSA | 1. Telefónico pedagógico | 3103364072 | 11:30am | 11:50am | 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" , 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: (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 | 7. Otro | cita 5 años | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 11 | 14/10/2020 | 11:00am |
| 2 | SI | SI | 7. Otro | cita 5 años | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | 11 | 14/10/2020 | 10:30am |
| 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

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

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

| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.G1.L5#3.PP | 02/09/2025 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 3 | Página 1 de 2 |
| | | Clasificación de la información: Pública | |

| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.G1.L5#3.PP | 02/09/2025 |
|---|---|---|---|
| | | 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:** 07-oct-25

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** SEMBRANDO SEGUIMOS DE CASCAJAL

**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 | | | | | | 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 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.<br>(Ayertas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2.<br>(Ayertas 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 alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6.<br>(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 | 1030080152 | EDUARD ANDRES GUEVARA GOMEZ | 3. Cedula ciudadania | 1006387318 | KAREN DHANIA GOMEZ | 1. Telefonico pedagógico | 3172855426 | 9:57 | 10:12:00 | SI | 3 | 1 | | 1 | SI | SI | 18 | SI | NO | 7. Otro | EL USUARIO TIENE SU VACUNACION COMPLETA HASTA LA FECHA | | | NO | NO | NO | NO | NO | SI | | 10 | 14/10/25 | 11:00 |
| 2 | 1125657800 | JHAIROS | 3. Cedula ciudadania | 1061732-994 | ANGELA VIVIANA ROS | 1. Telefonico pedagógico | 3148121007 | 10:00 | 10:14:00 | SI | 3 | 1 | | | SI | SI | 19 | SI | NO | 7. Otro | EL USUARIO TIENE SU VACUNACION COMPLETA HASTA LA FECHA | | | NO | NO | NO | NO | NO | SI | | 10 | 14-oct-25 | 11:00 |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental**

¿LO IMPRIMIRÁ? ¿ES NECESARIO? ¿PUEDE IMPRIMIR EN BLANCO Y NEGRO? ¿PUEDE IMPRIMIR EN HOJAS RECICLADAS? ¿PUEDE IMPRIMIR EN AMBAS CARAS DE LA HOJA? ¿PUEDE IMPRIMIR VARIAS PÁGINAS EN UNA HOJA?

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental**

¿LO IMPRIMIRÁ? ¿ES NECESARIO? ¿PUEDE IMPRIMIR EN BLANCO Y NEGRO? ¿PUEDE IMPRIMIR EN HOJAS RECICLADAS? ¿PUEDE IMPRIMIR EN AMBAS CARAS DE LA HOJA? ¿PUEDE IMPRIMIR VARIAS PÁGINAS EN UNA HOJA?