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: 08-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	1140015556	HARLID SNEIDER DAZA CASSO	2. Cédula ciudadanía	1062283268	MARIA GISELA CASSO DAZA	1. Telefónico pedagógico	3173445246	08:00	08:15	SI	4	1	NO	NO	SI	SI
2	1140015604	ARIADNA LISETH ARIAS PLORTILLA	2. Cédula ciudadanía	41109149	INEZ DEYANIRA PORTILLA TRUJILLO	1. Telefónico pedagógico	3162568996	08:30	08:45	SI	4	1	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? 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		11 Y 13	15/10/2020	8:OO
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	15/10/2020	08:30
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.L9/LPP	02/09/2020
Versión 3	Página 2 de 2

Clasificación de la información: Pública

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: LUZ MIRYAM ROJAS MORA

Fecha: 8 DE OCTUBRE 2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 6600500113295

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, 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" , 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: (Abrtas 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	1140819739	YEISLON FABIAN URRIAGO ZAMBRANO	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.950	YOHANA GABRIELA ZAMBRANO CUARAN	1. Telefónico pedagógico	3173463758	9:00 a.m.	9:15 a.m.	Si	4	1			Si	Si	Si	NO	7. Otro	USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		11 Y 13	14/09/2020	9:00 a.m.
2	1126458931	DEIMER SANTIAGO DELGADO ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.454.877	MARCELA JOHANA ROJAS RUBIO	1. Telefónico pedagógico	3164858454	9:30 am	9:45 a.m.	Si	4	1			Si	Si	Si	NO	7. Otro	USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	LA USUARIA MANIFIESTA ESTE NUEVO NUMERO DE TELEFONO	11 Y 13	14/09/2020	9:30 am
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

LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ENTIDAD PARA LA CUAL SE DISEÑÓ

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 CUARAN BENAVIDES

Fecha: 09/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8600011559

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	1125693237	DAIAN VALENTINA GONZALEZ MUNOZ	2. Cédula ciudadanía	1006995436	WILDER MUNOZ	1. Telefónico pedagógico	3172327698	11:08am	11:23am	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1125693232	VALERY EVANGELY VALLACHACHINOY	2. Cédula ciudadanía	1006996752	BRITSY CHACHINOY	1. Telefónico pedagógico	3172221026 - 3108024469	10:43am	11:05am	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 visitadas 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
1	SI	SI	7.Otro	cita 5 años	0	0	NO	NO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA		1,1	15/10/2020	09:00am
2	NO	NO	No vota, la niña pertenece a un cabildo indígena	pertenece a un grupo etnico kokan	0	0	NO	NO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA	Andrea manifiesta que la niña esta enferma con gripa, dice, pero ya le pasa con medicy ya esta bien ahora	1,1	15/10/2020	11:45am
3																	
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!

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.G1.L5#3.PP	02/09/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

	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: 08-oct-20

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SEMBRANDO SEGUIMOS DE CRECIMOS

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 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" , 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 visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1: (Abrtas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2: (Abrtas 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	1.140015.360	ALBERTH YAMID CANDORO	3. Cedula ciudadania	1.126.445.030	GENYS YURANNY NARVAEZ	1. Telefonico pedagógico	3164458107	9:00	9:30:00	SI	5	1			SI	SI	15	SI	NO	7. Otro	EL INFANTE SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION			NO	NO	NO	NO	NO	SI		15	10-oct-20	2:00
2	1.123.316.102	ALLISON ISABELLA CABANO	3. Cedula ciudadania	1.003.904.002	LUZ ADRIANA CABANO	1. Telefonico pedagógico	3183204439	10:00	10:30:00	SI	5	1			SI	SI	16	SI	NO	7. Otro	EL INFANTE SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION			NO	NO	NO	NO	NO	SI		16	10-oct-20	10am
3																	3															
4																	4															
5																	5															
6																	6															
7								hh:mm	hh:mm								7															
8								hh:mm	hh:mm								8															
9								hh:mm	hh:mm								9															
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															

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA AUTORIZACIÓN OTORGADA POR LOS TITULARES DE LOS MISMOS, PARA EFECTOS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA AUTORIZACIÓN OTORGADA POR LOS TITULARES DE LOS MISMOS, PARA EFECTOS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO