PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: YANETH MENESES CASTRO

Fecha: 10/06/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): NUEVA GENERACION

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO			
	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
1	1140015871	NELLY CLEVES MISNAZA	2. Cédula ciudadanía	1126451364	MARIA SONIA MISNAZA MONTENEGRO	1. Telefónico pedagógico	3208592532	10:30	10:50
2	1140015845	ELIF SAMANTA MUÑOZ RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	59807034	MIRYAM RUBIELA RODRIGUEZ PAZ	1. Telefónico pedagógico	3206503136	10:55	11:15
3	1140015730	SAULO SANTIAGO MORALES ROSERO	1. Tarjeta de identidad	1123321950	MARTHA CRISTINA ROSERO RODRIGUEZ	1. Telefónico pedagógico	3118385564	11:30	11:50
4	1126459425	LAUREN SALOME PAGUAY INAGAN	2. Cédula ciudadanía	1126451491	ADRIANA LUCIA INAGAN CUARAN	1. Telefónico pedagógico	3203304711	1:30	1:50
5	1126459884	ARIANA SALOME CHAMORRO LOPEZ	1. Tarjeta de identidad	1122337348	YULISA VIVIANA LOPEZ BUESAQUILLO	1. Telefónico pedagógico	3208441859	2:00	2:20
6	SD	ISSET PANTOJA MORA	2. Cédula ciudadanía	1070604615	AMANDA JACKELINE MORA CASTILLO	1. Telefónico pedagógico	3507702109	2:25	2:45
7	1126458838	SHARIT SAMANTA CAICEDO LOPEZ	2. Cédula ciudadanía	69085097	MARLENY ROMERO ARMERO	1. Telefónico pedagógico	3133117677	2:50	3:10
8	1126459755	DILAN ALEJANDRO PANTOJA	2. Cédula ciudadanía	27233002	ROSA MARIA PANTOJA	1. Telefónico pedagógico	3138396613	4:30	4:50
9	1126459656	LHEXLY KACTERYN TEPUD GUZMAN	2. Cédula ciudadanía	1126456485	AIDA DEISY GUZMAN ZAMORA	1. Telefónico pedagógico	3228898727	4:00	4:20
10								hh:mm	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm

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

Código Unidad de Servicio (UDS):

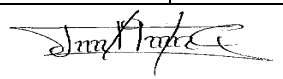
868651131205

	IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
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
SI	2	1	0	0	SI	SI
SI	4	1	0	0	SI	SI
SI	4	1	1	0	SI	SI
SI	7	3	0	0	SI	SI
SI	3	1	0	0	SI	SI
SI	5	1	0	0	SI	SI
SI	2	1	0	0	SI	SI
SI	3	1	0	0	SI	SI
SI	4	1	0	0	SI	SI

Firma del agente educativo

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES						
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?	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?	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?	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)	23. Novedad 2. (Alertas emocionales)	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)	25. Novedad 4. (Sedentarismo)	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)
	SI / NO	SI / NO	Opción múltiple, ver opciones en instructivo				SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA
1	NO	NO	7. Otro	No esta disponible la vacuna	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO
4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO
5	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO
6	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO
7	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO
8	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO
9	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO
10											
11											

		VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
SI / NO / NO APLICA			dd/mm/aaaa	hh:mm
NO		PRACTICA 12	12/06/2020	9:00
NO		PRACTICA 12	12/06/2020	9:30
NO		PRACTICA 12	12/06/2020	10:00
NO		PRACTICA 12	12/06/2020	1:30
NO		PRACTICA 12	12/06/2020	2:00
NO		PRACTICA 12	12/06/2020	2:30
NO		PRACTICA 12	12/06/2020	3:00
NO		PRACTICA 12	12/06/2020	5:00
NO		PRACTICA 12	13/06/2020	5:30
			dd/mm/aaaa	hh:mm
			dd/mm/aaaa	hh:mm



Firma del agente educativo