



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

Fecha:

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

OLGA CORDOBA NAVARRO

12/06/2020

MIS TIERNOS AMIGUITOS

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	10. Llamada Exitosa SI / NO
1	1126459704	MELANNY STEFANIA ERAZO BETANCOURT	2. Cédula ciudadanía	1089847771	BLANCA OLIVA BETANCOURT CHALAPUD	1. Telefónico pedagógico	3132300260	09:20am	09:35am	SI
2	1126459019	DIDIER FARID ESTUPIÑAN RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1126455182	NAYIBE RODRIGUEZ IBAÑEZ	1. Telefónico pedagógico	2175573511	09:40am	09:55am	SI
3	1140015848	ELIF SOFIA ORTEGA CHARFUELAN	2. Cédula ciudadanía	41118477	SONIA YANET CHARFUELAN HURTADO	1. Telefónico pedagógico	3106602879	10:00am	10:15am	SI
4	1126459097	KEYNER FARID QUENGUAN CUARAN	2. Cédula ciudadanía	1126455512	GLADIS YANETH CUARAN CUARAN	1. Telefónico pedagógico	3164977277	10:20am	10:35am	SI
5	1140015827	MARIA GUADALUPE VAQUERO RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1004598689	MARTHA BERONICA RODRIGUEZ PORTILLA	1. Telefónico pedagógico	3504721106	10:40am	10:55am	SI
6	SD	SEBASTIAN ALEJANDRO ARAY GOMEZ	3. Cedula de extranjería	26733862	DANIELA DEL VALLE GOMEZ	1. Telefónico pedagógico	3124119114	11:00am	11:15am	SI
7	SD	RAIMARY ESTHER LEON HERNANDEZ	2. Cédula ciudadania	VENEZOLANA	ERIKA HERNANDEZ	3. Telefónico psicosocial	3124119114	10:00	10:15	SI
8	SD	SANTIAGO MATIAS GOMEZ RONDON	CEDULA DE CIUDANIA	VENEZOLANA	DANIELA GOMEZ	1. Telefónico pedagógico	3124119114	9:15	9:30	SI
9										
23								hh:mm	hh:mm	
24								hh:mm	hh:mm	
25								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 1581 DE 2012

	F1.A1.LM5.PP	3/06/2020
	Versión 3	Página 1 de 2
	Clasificación de la Información: Pública	

Código Unidad de Servicio (UDS):

8686500127587

IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
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
6	1	0	1	SI	NO
6	1	0	0	SI	SI
7	1	0	1	SI	SI
5	1	0	0	SI	SI
3	1	0	0	SI	SI
4	2	0	0	SI	SI
4	1	0	0	SI	SI
4	1	0	0	SI	SI



Firma del agente evaluador



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES						
	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
1	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL PERIODO DE AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
2	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL PERIODO DE AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
3	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL PERIODO DE AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
4	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL PERIODO DE AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
5	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL PERIODO DE AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
6	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL PERIODO DE AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
7	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
8	SI	SI	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO
9											
23											
24											
25											

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 1581 DE 2012

	F1.A1.LM5.PP	2/06/2020
	Versión 3	Página 2 de 2
	Clasificación de la Información: Pública	

		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	
			dd/mm/aaaa	hh:mm
NO		PRACTICA N° 5	18/06/2020	09:20am
NO		PRACTICA N° 7	18/06/2020	09:40am
NO		PRACTICA N° 7	18/06/2020	10:00am
NO		PRACTICA N° 7	19/06/2020	10:20AM
NO		PRACTICA N° 7	19/06/2020	10:40AM
NO		PRACTICA N° 10	19/06/2020	11:00AM
NO	Acompañamiento telefónico realizado por apoyo psicosocial, la llamada es atendida por la madre del usuario con quien se realizan orientaciones	PRACTICA N°13	19/06/2020	10:15
NO		PRACTICA 13	19/06/2020	8:15
			dd/mm/aaaa	hh:mm
			dd/mm/aaaa	hh:mm
			dd/mm/aaaa	hh:mm


 Firma del agente responsable