



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

Fecha:

PAOALA ANDREA

AGUILAR

12/06/2020

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. D
	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
1	1126447835	YOLANDA CARMENZA ACOSTA ANDRADE.	2. Cédula ciudadanía	1126447835	YOLANDA CARMENZA ACOSTA ANDRADE.	1. Telefónico pedagógico
2						
3						
24						
25						

Antes de imprimir este documento... piense en e

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA N
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS

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

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

HELICONIAS

Código Unidad de Servicio (UDS):

ACTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO				IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
7. Teléfono	8. Hora inicio	9. Hora final	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
3204173441	12:30	12:50	SI	6	0	1	0	SI	SI

Firma del agente educativo

¡ medio ambiente!

© CONTROLADA
LOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN							
	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
1	SI	SI	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA
2								
3								
24								
25								

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

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES					VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)	25. Novedad 4. (Sedentarismo)	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)	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	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA				
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		PRACTICA 9	16/2020	2:00

Firma del agente educativo