BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO**
**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

**FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO**

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** OMAIRA ROBIRA VILLARREAL ENRIQUEZ

**Fecha:** 17/06/2020

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** NUBES D ALGODON

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZAD | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 |
| 1 | 1140015843 | HELEN LUCIA OVIEDO JIMENEZ | 2. Cédula ciudadanía | 1126450792 | BLANCA LILIANA JIMENEZ ORTIZ | 3. Telefónico psicosocial | 3143233517 | 7:30 |
| 2 | 1126459880 | NICOLÁS ALEXANDER POTOSÍ ALVARADO | 2. Cédula ciudadanía | 1006996939 | EMILSEN ALVARADO ORTEGA | 1. Telefónico pedagógico | 3144884614 | 10:40 |
| 3 | 1126143775 | MANUEL ALEJANDRO MAYA GUEVARA | 2. Cédula ciudadanía | 1080042734 | ANGIE PAOLA GUEVARA CEBALLOS | 1. Telefónico pedagógico | 3125125413 | 11:12 |
| 4 | 1130165021 | DIANA CAMILA CUARÁN GUÁRNICA | 2. Cédula ciudadanía | 59396174 | YOLANDA AMPARO GUARANUCA DIAZ | 1. Telefónico pedagógico | 3133055314 | 11:30 |
| 5 | 1130165086 | JHOJAN CAMILO GUANCHA BENAVIDES | 2. Cédula ciudadanía | 1126456328 | DALIA SOLANLLY BENAVIDES ORTEGA | 1. Telefónico pedagógico | 3209530954 | 8:00 |
| 6 | 1126459605 | MATIAS LOPEZ VALENCIA | 2. Cédula ciudadanía | 25203415 | LUZ DANELLY VALENCIA VARCO | 1. Telefónico pedagógico | 3142337911 | 8:25 |
| 7 | 1126458639 | DYLAN ALEJANDRO RUALES PEREZ | 2. Cédula ciudadanía | 41118338 | MONICA ALEXANDRA PEREZ JURADO | 1. Telefónico pedagógico | 3123909131 | 9:00 |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |


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

**Código Unidad de Servicio (UDS):**

8686500127569

| ÓN | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 7:45 | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 11:10 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | NO |
| 11:25 | SI | 4 | 0 | 0 | 0 | SI | NO |
| 11:50 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | NO |
| 8:20 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 8:45 | SI | 5 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 9:20 | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | NO |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Firma del agente educativo

| No. | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?<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>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. (Alertas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas 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 |
| **1** | SI | NO | 7. Otro | ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO |
| **2** | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO |
| 3 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO |
| **4** | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO |
| **10** | SI | SI | | | 0 | NO | NO | NO | NO | NO |
| **1** | NO | NO | 3. No quiere salir por temor a contagiarse con COVID-19. | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO |
| **3** | SI | NO | 7. Otro | NO APLICA | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **25** | | | | | | | | | | |


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

| ES | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| NO | NO | ORIENTAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE FOMENTAR EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA EN LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS MEDIANTE EL DESARROLLO DE | PRACTICA # 10 | 23/06/2020 | 8:00 |
| NO | NO | | PRACTICA # 13 | 19/06/2020 | 8:30 |
| NO | NO | | PRACTICA # 13 | 19/06/2020 | 9:00 |
| NO | NO | | PRACTICA # 13 | 19/06/2020 | 9:30 |
| NO | NO | | PRACTICA # 13 | 19/06/2020 | 10:00 |
| NO | NO | | PRACTICA # 13 | 19/06/2020 | 10:30 |
| NO | NO | | PRACTICA # 13 | 19/06/2020 | 11:00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Firma del agente educativo