



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

Fecha:

ELENA ALICIA GOMEZ DELADO

17/06/2020

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL 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
1	1140015508	DANNER SANTIAGO URRESTI QUETA	2. Cédula ciudadanía	1006996420	VIVIAN ALEJANDRA URRESTI QUETA
2	1140015897	MARIA ALEJANDRA CARLOSAMA MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	1126456015	TANIA YULIZA MARTINEZ PANTOJA
3					
25					

Antes de imprimir

Cualquier copia impresa
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS COMO CONFIDENCIALES

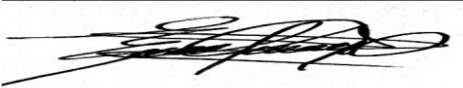
Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

AMIGUITOS

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131250

III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR				
6. Tipo de Acompañamiento	7. Teléfono	8. Hora inicio	9. Hora final	10. Llamada Exitosa	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
Opción múltiple, ver opciones en instructivo		hh:mm	hh:mm	SI / NO					SI / NO / NO APLICA
1. Telefónico pedagógico	3219453204	11:00	11:15	SI	6	2	0	0	SI
1. Telefónico pedagógico		1:00	1:15	SI	5	1	0	0	SI



Firma del agente educativo

2020
. 1 de 2

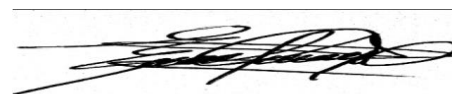
16. Acceso a frutas y verduras
SI / NO / NO APLICA
NO
NO



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
1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETA	0	0	NO
2	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETA	0	0	NO
3							
25							

I EFÓNICO	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		
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)	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	SI / NO / NO APLICA			dd/mm/aaaa	hh:mm
NO	NO	NO	NO	NO		6	23/06/2020	2:20
NO	NO	NO	NO	NO		6	23/06/2020	2:40



Firma del agente educativo

.. piense en el medio ambiente!

Considera como COPIA NO CONTROLADA
E TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012