BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: OLGA CORDOBA NAVARRO

Fecha: 18/06/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): RAYOS DE SOL

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	1123320558	EVELCY KATHERINE HUERTAS RIOS	1. Tarjeta de identidad	1123320558	EVELCY KATHERINE HUERTAS RIOS	3. Telefónico psicosocial	3124553114	10:00 a. m.	10:17 a. m.
2	1030024029	LUCY ISABEL ARIAS ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1126451417	MARTHA CECILIA ROSERO	1. Telefónico pedagógico	3228871014	12:00m	12:15pm
3	1126143223	DANIEL ALEJANDRO TRIVIÑO CEBALLOS	2. Cédula ciudadanía	41118974	ELIANA BENEIDA CEBALLOS BURGOS	1. Telefónico pedagógico	3146358458	12:20pm	12:35pm
4	1126457766	JUAN SEBASTIAN NARVAEZ QUIROZ	2. Cédula ciudadanía	1123311550	KAREN LILIANA QUIROZ ORTIZ	1. Telefónico pedagógico	3182759889	12:40pm	01:00pm
5	1122342206	LAURA VALENTINA SOLARTE SOLARTE	2. Cédula ciudadanía	1122339284	YAMILETH SOLARTE PEREZ	1. Telefónico pedagógico	3204237002	8:00	8:20 a. m.
6	1114400248	YOLANDA PAULINA RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1114400248	YOLANDA PAULINA RODRIGUEZ PANTOJA	1. Telefónico pedagógico	3124926857	11:15 a. m.	11:32 a. m.
7	1140015760	EDUAR CAMILO CRIOLLO ROMO	2. Cédula ciudadanía	1126447269	OLGA ISMALINA ROMO GILON	1. Telefónico pedagógico	3147408600	10:15	10:30
8								hh:mm	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm

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):

868651131264

	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	0	1	0	SI	SI
SI	7	1	0	1	SI	SI
SI	4	1	0	0	SI	SI
SI	5	1	0	0	SI	SI
SI	5	1	0	0	SI	SI
SI	2	0	1	0	SI	SI
SI	3	1	0	0	SI	SI

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? 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	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA
1	SI	SI	7. Otro	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO APLICA
2	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO
3	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO
4	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO
5	SI	NO		TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	O	NO	NO	NO	NO
6	SI	SI		TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO
7	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO
8										
24										
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 APLICA	NO APLICA	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A GESTANTE MENOR DE EDAD, A QUIEN SE REALIZAN ORIENTACIONES ENCAMINADAS A QUE LA GESTANTE GENERE EXPERIENCIAS	PRACTICA 13	23/06/2020	10:30 a. m.
NO	NO		PRACTICA N° 9	23/06/2020	12:30pm
NO	NO		PRACTICA N° 9	19/06/2020	01:00pm
NO	NO		PRACTICA N° 9	23/06/2020	01:30pm
NO	NO		PRACTICA N° 5	23/06/2020	12:30 mm
NO	NO		PRACTICA N° 5	23/06/2020	11:15 a. m.
NO	NO		PRACTICA N° 5	23/06/2020	9:50
				dd/mm/aaaa	hh:mm
				dd/mm/aaaa	hh:mm
				dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo