BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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

Fecha: 19/06/2020

Nombre de Unidad de Servici NUBES D A

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIEN	
	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
1	1126143775	MANUEL ALEJNDRO MAY GUEVARA	2. Cédula ciudadanía	1080042734	ANGIE PAOLA GUEVARAA CEBALLOS	1. Telefónico pedagógico	3125125413
2	1126459880	NICOLÁS ALEXANDER POTOSÍ ALVARADO	2. Cédula ciudadanía	1 006 996 939	EMILSEN ALVARADO ORTEGA	1. Telefónico pedagógico	3144884614
3	1126460089	LUISSA MAIRETH GUANGA NOGUERA	2. Cédula ciudadanía	1126454447	YAMILETH NOGUERA RIAÑO	1. Telefónico pedagógico	3212199404
4	1126459605	MATIAS LOPEZ VALENCIA	2. Cédula ciudadanía	25203415	LUZ DANELLY VALENCIA VARCO	1. Telefónico pedagógico	3142337911
5	1130165086	JHOJAN CAMILO GUANCHA BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	1126456328	DALIA SOLANLLY BENAVIDES ORTEGA	1. Telefónico pedagógico	3209530954
6	1140015843	HELEN LUCIA OVIEDO JIMENEZ	2. Cédula ciudadanía	1126450792	BLANCA LILIANA JIMENEZ ORTIZ	1. Telefónico pedagógico	3143233517
7	1126458639	DYLAN ALEJANDRO RUALES PEREZ	2. Cédula ciudadanía	41118338	MONICA ALEXANDRA PEREZ JURADO	1. Telefónico pedagógico	3123909131
8							
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 2

io (UDS):

ALGODON

Código Unidad de Servicio (UDS):

8686500127569

ITO REALIZADO			IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	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
12:19	12:34	SI	4	1	0	0	SI	NO
12:49	1:16	SI	4	1	0	0	SI	NO
2:00	2:20	SI	5	1	0	0	SI	SI
8:00	8:20	SI	5	1	0	0	SI	SI
8:25	8:45	SI	4	1	0	0	SI	SI
8:50	9:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
9:20	9:40	SI	4	1	0	0	SI	NO

Firma del agente educativo

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICAC				
	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
1	NO	SI			0	0	NO	NO	NO
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
6	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
4	NO	NO	3. No quiere salir por temor a contagiarse con COVID-19.		0	0	NO	NO	NO
5	SI	SI			0	NO	NO	NO	NO
6	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD	0	0	NO	NO	NO
7	SI	NO	7. Otro	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO
8									
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 D

IÓN DE NOVEDADES				VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	**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	NO		PRACTICA # 13	24/06/2020	12:19
NO	NO	NO		PRACTICA # 13	24/06/2020	12:49
NO	NO	NO		PRACTICA # 13	24/06/2020	14:10
NO	NO	NO		PRACTICA # 13	24/06/2020	8:00
NO	NO	NO		PRACTICA # 13	24/06/2020	8:30
NO	NO	NO		PRACTICA # 13	24/06/2020	9:00
NO	NO	NO		PRACTICA # 13	24/06/2020	9:30

Firma del agente educativo