



Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

Fecha:

ELENA ALICIA GOMEZ DELGADO

25/06/2020

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	1130155058	DILAN ALEXANDER CUELTAN	2. Cédula ciudadanía	1006996651	PAULA FERNANDA BOTINA
2	1126143206	JHONATAN STIVEN CHAPID	2. Cédula ciudadanía	1006996958	SANDRA PATRICIA CUARAN
25					

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

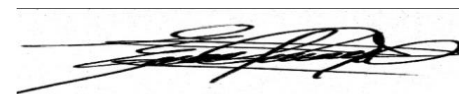
Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

AGUILAS

Código Unidad de Servicio (UDS):

8686500127549

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
3. Telefónico psicosocial	3114841513	9:10	9:30	SI	4	2	0	0	SI
3. Telefónico psicosocial	3148149047	8:40	10:05	SI	5	1	0	1	SI
		hh:mm	hh:mm						



Firma del agente educativo

documento... piense en el medio ambiente!

este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
IDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

2020
1 de 2

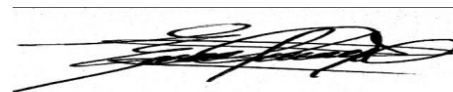
16. Acceso a frutas y verduras
SI / NO / NO APLICA
SI
SI



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 COMPLETO PARA LA EDAD	0	0	NO
2	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD	0	0	NO
25							

I EFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	2/06/
	Versión 3	Página
	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 de la llamada
SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA			dd/mm/aaaa
NO	NO	NO	NO	NO	ORIENTAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE OFRECER A LOS NIÑOS Y NIÑAS EXPERIENCIAS DE CUIDADO Y AFECTO QUE FORTALEZCA SU AUTOESTIMA	14	8/07/2020
NO	NO	NO	NO	NO	ORIENTAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE OFRECER A LOS NIÑOS Y NIÑAS EXPERIENCIAS DE CUIDADO Y AFECTO QUE FORTALEZCA SU AUTOESTIMA	14	8/07/2020
							dd/mm/aaaa



Firma del agente educativo

mento... piense en el medio ambiente!

umento se considera como COPIA NO CONTROLADA
POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

2020
.2 de 2

o
ora siguiente ada
hh:mm
3:00pm
5:00
hh:mm