



Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

Yezenia Chasoy Quinchoa

Fecha:

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	1126459595	ANDY JHONSON BURBANO ORDOÑEZ	2. Cédula ciudadanía	1116206668	LUZ MILA ORDOÑEZ
2					
25					

ENCIÓN TO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP
	Versión 3
	Clasificación de Púb

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

Pequeños traviesos

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131197

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
Opción múltiple, ver opciones en instructivo		hh:mm	hh:mm	SI / NO				
4. Telefónico salud y nutrición	3176478867	10:15	10:30	SI	5	1	0	0

YEZENIA CHASOY

Firma del agente educativo

este documento... piense en el medio ambiente!

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

3/06/2020

Página 1 de 2

la Información:
lica

15. Acceso a agua para cocinar o tomar	16. Acceso a frutas y verduras
SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA
SI	SI



PROMC

FORMATO DE AC

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
1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0
2						
25						

Antes de imprimir

Cualquier comentario
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS

PROCESO CIÓN Y PREVENCIÓN OMPANAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP
	Versión 3
	Clasificaci

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES							VII. CIERRE D
22. Novedad 1. (Alertas sociales)	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
SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO TELEFONICO DESDE EL ROL DE SALUD Y NUTRICION ORIENTANDO	PRACTICA 3

YEZENIA CHABOY

Firma del agente educativo

nir este documento... piense en el medio ambiente!

opia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 OS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

2/06/2020
Página 2 de 2
ión de la Información: Pública

EL ACOMPAÑAMIENTO	
30. Fecha y hora siguiente llamada	
dd/mm/aaaa	hh:mm
30/06/2020	10:30
