



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	1126459786	LIAM JOSSUE DIAZ ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1006849097	NATHALIA DIAZ
2	1126459998	VALERIA FERNANDA PETEVI CHINDOY	2. Cédula ciudadanía	69008174	AMBROSIA CHINDOY
3	1126459195	JUAN JOSÉ CHINDOY CHINDOY	2. Cédula ciudadanía	69008174	AMBROSIA CHINDOY
25					

ENCIÓN TO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	3/06/
	Versión 3	Página
	Clasificación de la Información: Pública	

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
3. Telefónico psicosocial	3143372149	8:32	8:55	SI	9	1	0	1	SI
3. Telefónico psicosocial	3138607334	10:45	11:00	SI	10	2	0	0	SI
3. Telefónico psicosocial	3138607334	11:05	11:30	SI	10	2	0	0	SI
		hh:mm	hh:mm						



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

2020
. 1 de 2

16. Acceso a frutas y verduras
SI / NO / NO APLICA
SI
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 seleccionar en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20. Número de 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
3	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD	0	0	NO
25							

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
SI	NO	NO	NO	NO	REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A LA MADRE EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD. DE IGUAL MANERA BRINDAR HERRAMIENTAS QUE AYUDEN A FORTALECER LAS HABILIDADES COGNITIVAS Y DE LENGUAJE EN EL NIÑO USANDO ESTRATEGIAS QUE RESPONDAN OPORTUNAMENTE A LA	14	8/07/2020	2:00
NO	NO	NO	NO	NO	SE ORIENTA SOBRE LA IMPORTANCIA DE GENERAR AUTONOÍA EN LOS NIÑOS A TRAVÉS DEL RECONOCIMIENTO DE LAS CAPACIDADES Y SU INTERÉS EN REALIZAR ACTIVIADES POR SÍ MISMOS.	10	8/07/2020	9:00
NO	NO	NO	NO	NO	SE ORIENTA SOBRE LA IMPORTANCIA DE GENERAR AUTONOÍA EN LOS NIÑOS A TRAVÉS DEL RECONOCIMIENTO DE LAS CAPACIDADES Y SU INTERÉS EN REALIZAR ACTIVIADES POR SÍ MISMOS.	10	8/07/2020	9:30
							dd/mm/aaaa	hh:mm



Firma del agente educativo