



Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

Yezenia Chasoy Quinchoa

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE	
	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
1	1126458733	RONALD SANTIAGO OCHOA OLARTE	2. Cédula ciudadanía	1126452656
2				

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Fecha:

25/06/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

Niños soñadores

DE EL ACOMPAÑAMIENTO		III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO				
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	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar
JAIRO OCHOA	4. Telefónico salud y nutrición	3187750789	10:30	10:45	SI	3

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

	F1.A1.LM5.PP	3/06/2020
	Versión 3	Página 1 de 2
	Clasificación de la Información: Pública	

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131287

IV. CARACTERIZACIÓN DEL 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
1	0	0	SI	SI

YEZENIA CHASOY

Firma del agente educativo



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
1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0
2					

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES

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	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
0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO TELEFONICO DESDE EL ROL DE SALUD Y NUTRICION ORIENTANDO

YEZENI

Firma del agente

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
ORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

F1.A1.LM5.PP	2/06/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
	dd/mm/aaaa	hh:mm
PRACTICA 3	30/06/2020	10:45

A CHASOY

nte educativo