



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

Fecha:

ELENA ALICIA GOMEZ DELGADO

4/06/2020

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DE 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	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo
1	1123316988	DILAN JEICOB NIAZA ARIAS	2. Cédula ciudadanía	1123208840	MARIA EDILMA ARIAS	2. Telefónico seguimiento
2	1123316604	DEIMAR DAVID NIAZA RAMIREZ	2. Cédula ciudadanía	69021758	DIANA MARIA NIAZA RAMIREZ	2. Telefónico seguimiento
3	1123209948	JOHAN SANTIAGO NIAZA ROJAS	2. Cédula ciudadanía	69021911	ROSALBA ROJAS	4. Telefónico salud y nutrición
4						
5						

Antes de imprimir este documento... piense en e

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA No autorizada.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS

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

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

NIÑOSPENSADORES

Código Unidad de Servicio (UDS):

868650012755 5

ACTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO				IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
7. Teléfono	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
3219719620	8:00	8:15	SI	6	2	0	0	SI	NO
3125533875	8:20	8:35	SI	14	2	0	0	SI	NO
3219179620	7:00	7:15	SI	5	1	0	0	SI	SI



Firma del agente educativo

¡ medio ambiente!

CONTROLADA
OS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



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	0	0	NO
2	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO
3	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO
4							
5							

I EFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	2/06/2020
	Versión 3	Página 2 de 2
	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 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
NO	NO	NO	NO	NO		10	8/06/2020	8:00
NO	NO	NO	NO	NO		10	8/06/2020	8:20
NO	NO	NO	NO	NO	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL LA FAMILIA UTILIZA TOLDILLO N EN LOS LUGARES QUE SE REQUERA, LOS ALREDEDORES DE LA VIVIENDA ESTAN LIBRES DE MONTE, MALEZA Y AGUAS ESTANCADAS, AL ANTERIOR DE LA VIVIENDA LA FAMILIA MANTINE	PRACTICA 7	10/06/2020	9:00



Firma del agente educativo

.. piense en el medio ambiente!

onsidera como COPIA NO CONTROLADA

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012