BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: YANETH MENESES CASTRO

Fecha: 4/06/2020

Nombre de Unidad de Ser DUENDES MAGICOS

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIE	
	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	7. Teléfono
1	1126459772	EMILY BRIYIHT CHAGUESA MISNAZA	2. Cédula ciudadanía	1126458544	MAIRA YULIMA MISNAZA MISNASA	1. Telefónico pedagógico	3143999089
2	1140015668	HEIDY ALEXANDRA CHAGUESA MISNAZA	2. Cédula ciudadanía	1126458544	MAIRA YULIMA MISNAZA MISNASA	1. Telefónico pedagógico	3143999089
3	1126459346	HEIMY NATALY PASTAS YANDUN	2. Cédula ciudadanía	1006995551	DIANA YANDUN	1. Telefónico pedagógico	3125557488
4	1030002547	DYLAN ANDRES ERASO TORRES	2. Cédula ciudadanía	69085089	AMANDA TORRES RIVERA	1. Telefónico pedagógico	3148313555
5	1140015577	NEYMAR DANILO IMBACUAN BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	1126446407	ANA MILENA BENAVIDES VERDUGO	1. Telefónico pedagógico	3208512562
6	1130164925	SKARLETH LORENA PERENGUEZ BENAVIDES	2. Cédula ciudadanía	1126446408	EDITH LORENA BENAVIDES VERDUGO	1. Telefónico pedagógico	3143870625
7	1126457631	JHEYMERSON DANILO QUENGUAN CEBALLOS	2. Cédula ciudadanía	1126456427	DIANA MARCELA CEBALLOS CUARAN	1. Telefónico pedagógico	3107871209
8							
9							
10							

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	

vicio (UDS):

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131181

ENTO REALIZADO			**IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR**					
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
8:00	8:20	SI	7	2	0	0	SI	SI
8:20	8:50	SI	7	2	0	0	SI	SI
9:00	9:20	SI	3	1	0	0	SI	SI
9:30	9:50	SI	3	1	0	0	SI	SI
10:00	10:20	SI	3	1	0	0	SI	SI
10:25	10:45	SI	4	1	0	0	SI	SI
8:00	8:20	SI	4	1	0	0	SI	SI

Firma del agente educativo

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADE					
	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	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
1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO
4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO
5	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO
6	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO
7	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO

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

ES			VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
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			dd/mm/aaaa	hh:mm
NO	NO		10	9/06/2020	5:00
NO	NO		10	9/06/2020	5:30
NO	NO		10	9/06/2020	8:00
NO	NO		10	9/06/2020	8:30
NO	NO		10	9/06/2020	9:00
NO	NO		10	9/06/2020	9:30
NO	NO		10	9/06/2020	10:00

Firma del agente educativo