



Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

Yezenia Chasoy Quinchoa

Fecha:

4/06/2020

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	1140015486	DEIBYN JULIAN CUESTA CHIRAN	2. Cédula ciudadanía	1126450977	AURA GEORGINA CHIRAN CRIOLLO
2	1140015715	YANIER JESUS CRIOLLO MONTERO	2. Cédula ciudadanía	41120606	JANETH MONTERO
3	1140015849	KEHILAN KERYN CRIOLLO SILVA	2. Cédula ciudadanía	1126456996	ANA BEATRIZ SILVA YOGÉ
4	1067526872	DIANA MILENA TAQUINAS SOTO	2. Cédula ciudadanía	1067526872	DIANA MILENA TAQUINAZ SOTO
5					

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

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

CARITA FELIZ

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131284

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
2. Telefónico seguimiento	3202860482	9:07	9:21	SI	4	1	0	0	SI
2. Telefónico seguimiento	3103486460	9:25	9:43	SI	6	1	0	1	SI
2. Telefónico seguimiento	3206208269	9:47	10:02	SI	4	1	0	0	SI
2. Telefónico seguimiento	3102172063	10:05	10:20	SI	9	0	1	0	SI

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

2020
. 1 de 2

16. Acceso a frutas y verduras
SI / NO / NO APLICA
SI
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 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	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0
3	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0
4	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0
5						

PROCESO CIÓN Y PREVENCIÓN COMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	2/06/2020
	Versión 3	Página
	Clasificación de la Información Pública	

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES							VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO	
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	30. Fecha y hora de la llamada
SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA			dd/mm/aaaa
NO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020
NO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020
NO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020
NO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020

YEZENIA CHASOY

Firma del agente educativo

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

Copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

2020
. 2 de 2
ón:

AMIENTO
ora siguiente ada
hh:mm
1:00
1:15 p. m.
1:30 p. m.
1:45 p. m.