



Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

PAOLA ANDREA AGUILAR

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	1006997319	DANNA ELISABETH CAICEDO GARCIA	2. Cédula ciudadanía	41119778
2	1130165075	DABISON DARICK CUELLAR TORO	2. Cédula ciudadanía	1006997712

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Fecha:

5/06/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

MIS TESORITOS

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	9. Hora final	10. Llamada Exitosa SI / NO
MARIA YOLI GARCIA TORO	2. Telefónico seguimiento	3114540451	8:00:00 a. m	8:15:00 a. m	SI
DALLANA ANDREA TORO CAICEDO	2. Telefónico seguimiento	3228442973	9:30:00 a. m	9:45:00 a. m	SI

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

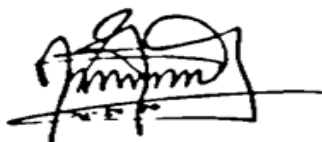
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131188

IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
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
4	1	0	0	SI	SI
4	1	0	0	SI	SI



Firma del agente educativo



No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				20. Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar
	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 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.	
1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0
2	SI	SI	7. Otro	LA MADRE ASISTE EL SENTRO DE SALUD PARA LAS VACUNAS DEL NIÑOM	0

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
0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
0	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

PROCESOS 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		
28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	8/06/2020	11.30.AM
LA MADRE MANIFIESTA QUE EL NIÑO ESTABA HOSPITALIZADO PERO QUE YA ESTA EN LA CASA Y I F	SEGUIMIENTO AL DESARROLLO	8/06/2020	9.30.AM



Firma del agente educativo