BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: OMAIRA ROBIRA VILLARREAL ENRIQUEZ

Fecha: 9/07/2020

Nombre de Unidad de Servici NUBES D A

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIEN	
	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	1081063996	SAMARA NAHELA MELO ERAZO	2. Cédula ciudadanía	1007816171	MARIBELL MELO ERAZO	1. Telefónico pedagógico	3213563434
2	1126459095	THIAGO JEFFREY GUEVARA SALAS	2. Cédula ciudadanía	1126457961	YORELY ANDREA SALAS MERA	1. Telefónico pedagógico	3209869413
3	1140015798	IKER ALEJANDRO RONDON CHAMORRO	2. Cédula ciudadanía	1126457721	LIZET VANESA CHAMMORRO SEGURA	1. Telefónico pedagógico	3128802487
4	1123329233	VIVIANA MARCELA MELO SALAS	2. Cédula ciudadanía	1123329233	VIVIANA MARCELA MELO SALAS	1. Telefónico pedagógico	3214656903
5	1130165021	DIANA CAMILA CUARÁN GUÁRNICA	2. Cédula ciudadanía	59396174	YOLANDA AMPARO GUARANUCA DIAZ	2. Telefónico seguimiento	3133055314
6	1130165033	CÉSAR ALEJANDRO ANRANGO RODRÍGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1006996819	PAULA MARYELY RODRIGUEZ ARTEAGA	2. Telefónico seguimiento	3104807910
7	1126459880	NICOLÁS ALEXANDER POTOSÍ ALVARADO	2. Cédula ciudadanía	1006996939	EMILSEN ALVARADO ORTEGA	2. Telefónico seguimiento	3144884614
8							

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	

io (UDS):

ALGODON

Código Unidad de Servicio (UDS):

8686500127569

ITO 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	5	1	0	0	SI	SI
8:30	8:50	SI	6	1	0	0	SI	SI
8:50	9:10	SI	8	1	0	0	SI	SI
9:20	9:40	SI	4	0	1	0	SI	NO
9:43	9:57	SI	4	1	0	0	SI	NO
10:00	10:16	SI	4	1	0	0	SI	NO
10:18	10:35	SI	4	1	0	0	SI	NO

Firma del agente educativo

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICAC				
	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
1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD	0	0	NO	NO	NO
2	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD	0	0	NO	NO	NO
3	SI	NO	7. Otro	NO APLICA	0	0	NO	NO	NO
4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
5	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
6	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
7	SI	SI			0	0	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

IÓN DE NOVEDADES				VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
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			dd/mm/aaaa	hh:mm
NO	NO	NO		PRACTICA # 12	15/07/2020	8:20
NO	NO	NO		PRACTICA # 12	15/07/2020	8:50
NO	NO	NO		PRACTICA # 12	15/07/2020	9:10
SI	NO	NO	Madre refiere tener que someterse a tratamiento por infeccción de la cual no especifica .	PRACTICA # 12	15/07/2020	9:40
NO	NO	NO		PRACTICA # 12	15/07/2020	9:57
NO	NO	NO		PRACTICA # 12	15/07/2020	10:16
NO	NO	NO		PRACTICA # 12	15/07/2020	10:35

Firma del agente educativo