Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MERCEDES QUEMAG VALLEJOS

Fecha: 04/082020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): LOBOS

Código Unidad de Servicio (UDS): 868650121330

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	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	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
1	1126458683	SAMIR ALEJANDRO PETECHE PASU	2. Cédula ciudadanía	1.006.994.878	KERLIN VANESA PASU	2. Telefónico seguimiento	3143491703	11:20am	11:35am	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1081440563	HANNER JESID GIRALDO MEZA	2. Cédula ciudadanía	1.122.338.660	SANDRA MEZA RIVERA	2. Telefónico seguimiento	3205268210	11:40am	11:55am	SI	4	1	0	1	SI	SI
3	1120827716	JEINER DANIEL CHAMORRO QUIGUANAS	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.036	YESICA QUIGUANAS	4. Telefónico salud y nutrición	3205268210	7:30am	7:45am	SI	3	1	0	0	SI	SI
4	1122343082	YERALDIN ISABELA GIRALDO CAPAZ	2. Cédula ciudadanía	1.006.788.607	BRYIT NATALIA CAPAZ	2. Telefónico seguimiento	3223970207	1:00pm	1:15pm	SI	3	1	0	0	SI	SI
5	1126457679	SEK YU CAPAZ POSOS	2. Cédula ciudadanía	18.158.052	MARIO ADOLFO CAPAZ	2. Telefónico seguimiento	3143491703	1:25pm	1:40pm	SI	4	1	0	0	SI	SI
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

Mercedes Quemag Vallejos

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	2/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	hh:mm
1	NO	SI	7. Otro	CUANDO CUMPLA 5 AÑOS	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1 SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	11:20am
2	NO	NO	7. Otro	Cita para julio	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1 -SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	11:40am
3	NO	NO	7. Otro	Influenza	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1 SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	7:30am
4	NO	NO	7. Otro	CUANDO CUMPLA 5 AÑOS	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1 SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	1:00pm
5	NO	NO	7. Otro	CUANDO CUMPLA 5 AÑOS	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		PRACTICA 1 SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	1:25pm
6															dd/mm/aaaa	hh:mm
7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

Mercedes Quemag Vallejos

Firma del agente educativo

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