	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FS.AL.LML.PP	2/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: Nibia Francia Cuarán

Fecha: 28/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Mundo Mágico

Código Unidad de Servicio (UDS): 868651131267

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
2	1130165016	Sara Valentina Chasoy Gurrute	2. Cédula ciudadanía	36293897	Irene Gurrute	2. Telefónico seguimiento	3144495736	2:00pm	2:15 p. m.	SI	4	1	1	0	SI	SI
9	1087836895	Erick Sebastian Preciado Landazuri	2. Cédula ciudadanía	1087106715	Angela Catherine Landazuri	2. Telefónico seguimiento	3219453258	2:20 p. m.	2: 35pm	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1126460142	Danna Lucia Duque Celis	2. Cédula ciudadanía	1006505958	Alexandra Celis Vargas	2. Telefónico seguimiento	3223349736	4:00 p. m.		NO						

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
3	SI	SI		NO APILCA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020 3:20 p. m.
13	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020 4:40 p. m.
													El telefono timbra y la mamita no contesta.		

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS A LA ENTIDAD SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF. Ver: ICBF Y en la APP ICBF DE Móvil

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS A LA ENTIDAD SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF. Ver: ICBF Y en la APP ICBF DE Móvil