BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: OLGA CORDOBA NAVARRO

Fecha: 13/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): RAYOS DE SOL

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					I	
	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
1	1030024029	LUCY ISABEL ARIAS ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1126451417	MARTHA CECILIA ROSERO	1. Telefónico pedagógico	3228871014	08:00am	08:15am	SI	7	1
2	1126143223	DANIEL ALEJANDRO TRIVIÑO CEBALLOS	2. Cédula ciudadanía	41118974	ELIANA BENEIDA CEBALLOS BURGOS	1. Telefónico pedagógico	3146358458	08:20am	08:35am	SI	4	1
	1126457766	JUAN SEBASTIAN NARVAEZ QUIROZ	2. Cédula ciudadanía	1123311550	KAREN LILIANA QUIROZ	4. Telefónico salud y nutrición	3209635265	08:40am	08:55am	SI	6	1
4	1126448938	MARIA ANTOLINA ROMO GILON	2. Cédula ciudadanía	1126448938	MARIA ANTOLINA ROMO GILON	1. Telefónico pedagógico	3133141556	9:00 a. m.	9:15 a. m.	SI	3	0
5	1122343288	LAUREN SOFIA ERAZO PEREZ	2. Cédula ciudadanía	1007728405	JOHANNA ANDREA PEREZ ERAZO	1. Telefónico pedagógico	3115836169	09:20am	09:35am	SI	5	1
6	1126459728	NEYTHAN SANTIAGO BEDOLLA RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1057546944	ANA TERESA RODRIGUEZ PANTOJA	1. Telefónico pedagógico	3219408140	09:40am	09:55am	SI	5	1
7	1126459900	ASHLEY CATALEYA TORRES ILAMO	2. Cédula ciudadanía	1006789146	JAMILETH MIREYA ILAMO MOJOMBOY	1. Telefónico pedagógico	3203985806	10:00am	10:15am	SI	5	1
4	1126459709	THAEL ALEJANDRA ORDOÑEZ MORA	2. Cédula ciudadanía	1,126,459,112	DEYSI DANIELA MORA	4. Telefónico salud y nutrición	3124115070	10:20am	10:35am	SI	6	1
5	1126459804	HERN DARIO ARANGO SOLARTE	2. Cédula ciudadanía	1,004,573,202	ADRIANA RUBIELA SOLARTE	4. Telefónico salud y nutrición	3213123464	10:40am	10:55am	SI	4	1
10	1123320558	EVELCY KATHERINE HUERTAS RIOS	1. Tarjeta de identidad	1123320558	EVELCY KATHERINE HUERTAS RIOS	1. Telefónico pedagógico	3124553114	11:20am	11:35am	SI	2	0
11	1089570378	MARITHZA ALEJANDRA ARAUJO ANGULO	2. Cédula ciudadanía	1085246697	MARY LUZ ANGULO DAZA	1. Telefónico pedagógico	3148765006	11:40am	011:55am	SI	5	1
12	1140015441	SAMUEL FELIPE CUMBAL SOLARTE	2. Cédula ciudadanía	1004573201	ELSA YOLANDA SOLARTE GOYES	1. Telefónico pedagógico	31224072285	12:00m	12:15pm	SI	4	1
13	1126460135	BRADLEY SEBASTIAN PEREZ RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1,114,400,248	YOLANDA PAULINA RODRIGUEZ PANTOJA	1. Telefónico pedagógico	3124926857	12:20pm	12:35pm	SI	2	0
14	1122342206	LAURA VALENTINA SOLARTE SOLARTE	2. Cédula ciudadanía	1122339284	YAMILETH SOLARTE PEREZ	1. Telefónico pedagógico	3,204,237,002	12:40pm	12:55pm	SI	5	1
15	1140015760	EDUAR CAMILO CRIOLLO ROMO	2. Cédula ciudadania	1,126,447,269	OLGA ISMALINA ROMO GILON	1. Telefónico pedagógico	3147408600	01:00pm	01:15pm	SI	3	1
16												

Fi

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

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131264

V. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR

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
0	1	SI	SI
0	0	SI	SI
0	0	SI	SI
1	0	SI	SI
0	0	SI	SI
0	0	SI	SI
0	1	SI	SI
0	0	SI	SI
0	1	SI	SI
1	0	SI	SI
0	0	SI	SI
0	0	SI	SI
1	0	SI	SI
0	0	SI	SI
0	0	SI	SI

rma del agente educativo

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES								
	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	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
1	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3	SI	SI	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DESDE EL ROL DE APOYO DE SALUD Y NUTRICION SE LLEVA A CABO LA CONTINUIDAD DEL MES DE LA LACTANCIA MATERNA, ENFOCANDONOS
4	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8	SI	SI	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DESDE EL ROL DE APOYO DE SALUD Y NUTRICION SE LLEVA A CABO LA CONTINUIDAD DEL MES DE LA
9	SI	SI	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DESDE EL ROL DE APOYO DE SALUD Y NUTRICION SE LLEVA A CABO LA CONTINUIDAD DEL MES DE LA LACTANCIA MATERNA, ENFOCANDONOS
10	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
11	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL AISLAMIENTO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
13	SI	SI		ESQUEMA COMPLETO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14	SI	NO	7. Otro	NO TENIA VACUNAS PENDIENTES DURANTE EL AISLAMIENTO	0	O	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16													



Firma del age

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

VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
	dd/mm/aaaa	hh:mm
PRACTICA N° 9 Y 12	18/08/2020	01:40pm
PRACTICA N° 9 Y 12	18/08/2020	02:00pm
PRACTICA 1	18/08/2020	8:00
PRACTICA N° 9 Y 12	18/08/2020	02:40am
PRACTICA N° 9 Y 12	18/08/2020	07:00am
PRACTICA N° 9 Y 12	18/08/2020	07:20am
PRACTICA N° 9 Y 12	18/08/2020	07:40am
PRACTICA 1	18/08/2020	10.00
PRACTICA 1	18/08/2020	10:30
PRACTICA 9	18/08/2020	10:30 a. m.
PRACTICA 9	18/08/2020	10:10am
PRACTICA 9	18/08/2020	11:00
PRACTICA 9	18/08/2020	11:15 a. m.
PRACTICA 9	18/08/2020	12:30 mm
PRACTICA 9	18/08/2020	9:50
		hh:mm



nte educativo