**Nombre del hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Calendarización anual de visitas familiares**

**Año:**

**Se deberá establecer un mínimo de 2 visitas al mes, o bien una visita de manera semanal.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mes | Horario | Fechas de visitas presenciales |
| Enero | 10:00 a 12:00 | Viernes 15 de enero 2021  Miércoles 20 de enero 2021 |
| Febrero |  |  |
| Marzo |  |  |
| Abril |  |  |
| Mayo |  |  |
| Junio |  |  |
| Julio |  |  |
| Agosto |  |  |
| Septiembre |  |  |
| Octubre |  |  |
| Noviembre |  |  |
| Diciembre |  |  |

**Observación:**

F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional en Trabajo Social Director (a) o Representante Legal

Colegiado

**Nombre del hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Calendarización de llamadas telefónicas**

**Año:**

**Se deberá establecer un mínimo de 2 llamadas o videollamadas al mes, o bien una vez de manera semanal.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mes | Horario | Llamadas telefónicas | Videollamadas |
| Enero | 15:00 a 16:00 | Viernes 08 de enero 2021  Miércoles 20 de enero 2021 | Miércoles 06 de enero 2021  Viernes 29 de enero de 2021 |
| Febrero |  |  |  |
| Marzo |  |  |  |
| Abril |  |  |  |
| Mayo |  |  |  |
| Junio |  |  |  |
| Julio |  |  |  |
| Agosto |  |  |  |
| Septiembre |  |  |  |
| Octubre |  |  |  |
| Noviembre |  |  |  |
| Diciembre |  |  |  |

**Observación:**

F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional en Trabajo Social Director (a) o Representante Legal Colegiado