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

Fecha: 4/06/2020

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO		
	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
1	1030024029	LUCY ISABEL ARIAS ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1126451417	MARTHA CECILIA ROSERO
2	1122343288	LAUREN SOFIA ERAZO PEREZ	2. Cédula ciudadanía	1007728405	JOHANNA ANDREA PEREZ ERAZO
3	1126459728	NEYTHAN SANTIAGO BEDOLLA RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1057546944	ANA TERESA RODRIGUEZ PANTOJA
4					
25					

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 868651131264

III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR				
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
2. Telefónico seguimiento	3228871014	10:00am	10:15am	SI	7	1	0	1	SI
2. Telefónico seguimiento	3115836169	10:20am	10:35am	SI	5	1	0	0	SI
2. Telefónico seguimiento	3219408140	10:40am	10:55am	SI	5	1	0	0	SI
		hh:mm	hh:mm						

Firma del agente educativo

16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
SI
SI
SI

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN						
	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
1	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO
2	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO
3	SI	NO	7. Otro	TIENE LAS VACUNAS AL DIA	0	0	NO
4							
25							

Cualquier copia impresa de este documento se c
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES						VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
23. Novedad 2. (Alertas emocionales)	**24. Novedad 3.** (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)	**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	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA			dd/mm/aaaa	hh:mm
NO	NO	NO	NO	NO		10	8/06/2020	10:10am
NO	NO	NO	NO	NO		10	8/06/2020	10:30am
NO	NO	NO	NO	NO		10	8/06/2020	10:50am
							dd/mm/aaaa	hh:mm

Firma del agente educativo