

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	03/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:	Fecha:	Nombre de Unidad de Servicio (UDS):	Código Unidad de Servicio (UDS):
CLARIPSA VELOSA CICERI	03-ago-20	SEMBRANDO SEMILLAS DE ESPERANZA	8.6865E+12

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	1130164873	JHONIER RODRIGO PALACIOS ZAMBRANO	2. Cédula ciudadanía	1087748674	SANDRA VIVIANA ZAMBRANO CAICEDO	1. Telefónico pedagógico	3156026548	08:00	08:15	SI	4	1	NO	NO	SI	SI
2	1140015535	LAURA VALENTINA OLARTE IMBUS	2. Cédula ciudadanía	40670856	ERLEYDA MILENA OLARTE IMBUS	1. Telefónico pedagógico	316692268	08:30	08:45	SI	6	1	NO	NO	SI	SI
3	1126457330	JHOSTIN ANDRES NARVAEZ GUEVARA	2. Cédula ciudadanía	1004695774	VERONICA GISELLA GUEVARA YELA	1. Telefónico pedagógico	3163692206	09:00	09:15	SI	2	1	NO	NO	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
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							

Claripsa Velosa C

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	02/06/2020
		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 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 selección en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20. Número de 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	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	10/08/2020	08:00
2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	10/08/2020	08:30
3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	10/08/2020	09:00
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
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

Claripsa Velosa C

Firma del agente educativo

Nombre y apellidos del agente educativo o madre consultante:	FEDE_ALEGRETA 1999	Nombre de la Unidad de Servicio (UDS):	Código Único de Servicio (CUS):
...	...	SEMINARIO DONILLAS DE ESPERANZA EL TIGRE	888888810385




Nombre y apellido del agente educativo o madre consultante:
SABANA DAI GARCIA CORTES

Fecha:
12/06/2023

Nombre de Unidad de Servicio (US):
LIBERTAD GUAYAS DE
CORTES

Código Unidad de Servicio (US):

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR				V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN										VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES				VII. CORRE DEL ACOMPAÑAMIENTO	
	1. Número de documento del usuario	2. Nombre usuario	3. Tipo de documento	4. Número de documento	5. Nombre y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento	7. Teléfono	8. Hora inicio	9. Hora final	10. Llamada Exitosa	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niños y niñas de 0 a 5 años	13. # de mujeres embarazadas en el hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para beber o tomar	16. Acceso a toilet y ventilar	17. ¿El usuario cuenta con el carnet de vacunas actualizado, según su edad y periodo gestacional?	18. ¿Cumple el personal de atención primaria de salud con la aplicación de acuerdo a la edad de niños, niñas o mujeres gestantes?	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indique ¿Por qué no la actualizó o de qué de vacunas?	20. En caso de seleccionar la respuesta anterior "7. Otro", especifique cual.	21. Número de personas atendidas en el hogar	22. Novedad 1. (primera atención)	23. Novedad 2. (primera atención)	24. Novedad 3. (primera atención)	25. Novedad 4. (primera atención)	26. Novedad 5. (primera atención)	27. Novedad 6. (primera atención)	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los nombres de las prácticas realizadas	30. Fecha y hora siguiente sesión
			Opción múltiple, ver opciones en instructivo		Opción múltiple, ver opciones en instructivo		Móvil		Si/NO		Si/NO		Si/NO		Si/NO		Si/NO		Si/NO		Si/NO		Si/NO		Si/NO		Si/NO		Si/NO	
1	11000001	MELI DAI GARCIA CORTES	3. Dato de nacimiento	10000001	MELI DAI GARCIA CORTES	1. Teléfono	0900000000	08:00	10:00	Si	2	1			Si	Si	7	Si	NO	7 días	Si cumple con la vacunación	NO	NO	NO	NO	NO	Si		1. Nombre de la persona	12/06/2023
2	11000002	MELI DAI GARCIA CORTES	3. Dato de nacimiento	10000002	MELI DAI GARCIA CORTES	1. Teléfono	0900000000	08:00	10:00	Si	2	1			Si	Si	8	Si	NO	7 días	Si cumple con la vacunación	NO	NO	NO	NO	NO	Si		1. Nombre de la persona	12/06/2023
3	11000003	MELI DAI GARCIA CORTES	3. Dato de nacimiento	10000003	MELI DAI GARCIA CORTES	1. Teléfono	0900000000	08:00	10:00	Si	2	1			Si	Si	9	Si	NO	7 días	Si cumple con la vacunación	NO	NO	NO	NO	NO	Si		1. Nombre de la persona	12/06/2023
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
17																														