

	<div>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO</div>	F1.A1.LM6.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	05-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 Eufosa 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	1309	DIEGO ANDRES GUERRA OSEDA	2. Cédula ciudadanía	26231704	ARIANA ALEJANDRA OGEDA OGEDA	1. Telefónico pedagógico	3157474982	08:00	08:15	SI	4	2	NO	NO	SI	SI
2	1083928939	KEVIN ALEJANDRO TRUJILLO	2. Cédula ciudadanía	1007531586	MONICA YULIANA PEPICANO TRUJILLO	1. Telefónico pedagógico	3157474982	08:30	08:45	SI	5	2	NO	NO	SI	SI
3	1140015556	HARLID SNEIDER DAZA CASSO	2. Cédula ciudadanía	1062283268	MARIA GACELA CASSO DAZA	1. Telefónico pedagógico	3173445246	09:00	09:15	SI	4	1	NO	NO	SI	SI
4																
5																
6																
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
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

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?	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?	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?	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)	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	SI / NO	Opción múltiple, ver opciones en instructivo			SI / NO / NO APLICA	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	
1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LA SEÑORA ARAONA MANIFIESTA QUE COMO SE LE DAÑO EL CELULAR POR EL MOMENTO LA PODEMOS CONTACTAR AL 3162307830 QUE ES DONDE ELLA TRABAJA.	1	11/08/2020	8:00
2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO SE ENCUENTRA AL DIA CON EL ESQUEMA DE VACUNACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1	11/08/2020	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		1	11/08/2020	09:00
4																
5																
6																
7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9															dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
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 apellido del agente educativo o madre consultante:

Fecha:

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

SUBMUNICIPIO DE ESPERANZA EL TIENE

Código Unidad de Servicio (UDS):

980001005

I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO		III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO		IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR										V. ESQUEMA DE VACINACIÓN										VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO	
No.	1. Número de documento del usuario	2. Nombre usuario	3. Tipo de documento	4. Número de documento	5. Nombre y apellido	6. Tipo de Acompañamiento	7. Teléfono	8. Hora inicio	9. Hora final	10. Llamado Exitoso	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	16. Acceso a toilet y ventilar	No.	17. ¿El usuario cuenta con el carnet de vacunas actualizado, según su edad y período gestacional?	18. ¿Disfruta el periodo de actividades recreativas, de acuerdo a las actividades de recreación de la zona, según su edad y período gestacional?	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indique ¿Por qué no la actividad o falta de vacunación?	20. En caso de seleccionar la respuesta anterior "7. Otro", especifique cual.	21. Número de personas atendidas o mayor actividad realizada en el hogar	22. Novedad 1. (primera columna)	23. Novedad 2. (primera columna)	24. Novedad 3. (primera columna)	25. Novedad 4. (primera columna)	26. Novedad 5. (primera columna)	27. Novedad 6. (primera columna)	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los nombres de las personas atendidas	30. Fecha y hora siguiente reunión						
1	114801017	DELIA SANTOS MARTINEZ GARCIA	3. Ciudadanía	1.100.400.401	FRANCISCA DELIA GARCIA RENGIFO	1. Tutorización pedagógica	08007000 710000000	08:00 a.m.	08:00 a.m.	SI	5	2			SI	SI	1	SI	NO	1. Otro			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	10/09/2020	08:00 a.m.				
2	114800701	ROSARIO TORRES VALENZUELA SANCHEZ	3. Ciudadanía	00.000.000	DOLORES AMPARO SANCHEZ RENGIFO	1. Tutorización pedagógica	20700000 00111111	08:00 a.m.	08:00 a.m.	SI	5	1			SI	SI	2	SI	NO	1. Otro			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	10/09/2020	08:00 a.m.				
3	114801070	YESSICA PABLO LUIS GARCIA ZAMBRANO	3. Ciudadanía	1.100.400.000	YESSICA GABRIELA ZAMBRANO CLAVIERO	1. Tutorización pedagógica	21700070 00111111	08:00 a.m.	08:00 a.m.	SI	6	1			SI	SI	3	SI	NO	1. Otro			NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		1	10/09/2020	08:00 a.m.				
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
22																																					
23																																					
24																																					
25																																					
26																																					
27																																					
28																																					
29																																					
30																																					
31																																					
32																																					
33																																					
34																																					
35																																					

Las Agencias Regionales
Firma de quien atiende

Las Agencias Regionales
Firma de quien atiende

Nombre y apellido del agente educativo o medio comunitario:	Fecha:	Nombre de la Unidad de Servicio (UDS):	Código Unidad de Servicio (UDS):
SANDRA ELEAZAR CARRERA RODRIGUEZ	06/03/2022	UDS GUANABANA DE GUAYAMA	000000000

25 Sept 1965

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

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

Sanctus et benedictus, c. 160