Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: PAOLA ANDREA ESCUÉ

Fecha: 3/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HORMIGAS

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500121203

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | II. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Telefono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA |
| 1 | 1126460133 | ANNY GABRIELA ROA CUARAN | 2. Cédula ciudadanía | 1124866268 | YENNY PATRICIA CUARAN | 2. Telefónico seguimiento | 3213480747 | 10:35 AM | 10:50 AM | SI | 1 | 1 | 1 | 0 | SI | SI |
| 2 | 1004545621 | DARY YULEIMA CUELTAN INAGAN | 2. Cédula ciudadanía | 1004545621 | DARY YULEIMA CUELTAN INAGAN | 2. Telefónico seguimiento | 3148763678 | 10:10 AM | 10:25 AM | SI | 2 | 1 | 1 | 0 | SI | SI |
| 3 | 1126454413 | ADRIANA CILENA YELA PANTOJA | 2. Cédula ciudadanía | 1126454413 | ADRIANA CILENA YELA PANTOJA | 2. Telefónico seguimiento | 3115938819 | 11:00 AM | 11:15 AM | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 4 | 1126143885 | IAN DAVID PANTOJA YELA | 2. Cédula ciudadanía | 1006997315 | LITYESMIC YELA PANTOJA | 2. Telefónico seguimiento | 3112103911 | 11:25 AM | 11:40 AM | SI | 4 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 5 | 1030083592 | EINER ALEJANDRO MORA CUARAN | 2. Cédula ciudadanía | 1007081369 | ERICA LISETH CUARAN CUARAN | 2. Telefónico seguimiento | 3224941820 | 11:50 AM | 12:05 PM | SI | 5 | 1 | 0 | 2 | SI | SI |
| 6 | 1126459593 | SARA VICTORIA PORTILLO POSSOS | 2. Cédula ciudadanía | 1126455955 | CAROLYNE JEINY POSOS LASSO | 2. Telefónico seguimiento | 3124052500 | 10:00 AM | 10:15 AM | SI | 6 | 1 | 0 | 0 | SI | SI |
| 7 | 1126459395 | JHOSTIN CAMILO CUARAN CUELTAN | 2. Cédula ciudadanía | 1004545621 | DARY YULEIMA CUELTAN INAGAN | 2. Telefónico seguimiento | 3148763678 | 8:25 AM | 8:40 AM | SI | 7 | 1 | 1 | 0 | SI | SI |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

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?<br>SI / NO | 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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 19.1 En caso de seleccionar 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)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las practicas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1. LACTANCIA MATERNA | 5/08/2020 | 10:35 AM |
| 2 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1. LACTANCIA MATERNA | 5/08/2020 | 10:10 AM |
| 3 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1. LACTANCIA MATERNA | 5/08/2020 | 11:00 AM |
| 4 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1. LACTANCIA MATERNA | 5/08/2020 | 11:25 AM |
| 5 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1. LACTANCIA MATERNA | 5/08/2020 | 11:50 AM |
| 6 | SI | SI | | | 1 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1. LACTANCIA MATERNA | 5/08/2020 | 10:00 AM |
| 7 | SI | SI | | | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRACTICA 1. LACTANCIA MATERNA | 5/08/2020 | 8:25 AM |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |

Firma del agente educativo