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

Fecha: 5/08/2020

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 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. Telefono	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	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	1030083992	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							

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? 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? 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 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) 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 practicas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1, LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	10:35 AM
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1, LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	10:10 AM
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1, LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	11:00 AM
4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1, LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	11:25 AM
5	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1, LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	11:50 AM
6	SI	SI			1	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1, LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	10:00 AM
7	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1, LACTANCIA MATERNA	10/08/2020	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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

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