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

Fecha: 0608/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HORMIGAS

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500121203

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			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, var opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, var 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	1140015890	DIEGO SAMIR GUERRA CUASAPUD	2. Cédula ciudadanía	1.126.452.673	DEISY PATRICIA CUASAPUD	2. Telefónico seguimiento	3134246364	9:05:AM	09:21PM	SI	4	1	0	0	SI	NO
2	1124867250	LUISA FERNANDA ROA CUARAN	2. Cédula ciudadanía	1124866268	YENNY PATRICIA CUARAN	2. Telefónico seguimiento	3224941820	9:40:AM	9:55:AM	SI	9	1	1	0	SI	SI
3	1140015674	JOHAN ANDRES MAIGUEZ ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1126457527	CLAUDIA YOLIMA ROJAS ANGULO	2. Telefónico seguimiento	3134202159	10:05:PM	10:20:PM	SI	10	1	0	0	SI	SI
4	1140015617	MAYCOL SANTIAGO ANAMA MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	1126451279	LUZ SENEYDA MARTINEZ SOLARTE	2. Telefónico seguimiento	3213210566	11:00:AM	11:15:AM	SI	11	1	0	0	SI	SI
5	1130164920	JOSELYN HASLEY PINILLA CUARAN	2. Cédula ciudadanía	41115457	ECOLASTICA ORTEGA TORRES	2. Telefónico seguimiento	3133750306	8:00 AM	8:15:AM	SI	12	1	0	1	SI	SI
6	1062330255	KAROL SARAY DIAZ GRIJALBA	2. Cédula ciudadanía	41117943	SANDRA MARIA DIAZ CASTRO	2. Telefónico seguimiento	3138026401	11:30:AM	11:45:AM	SI	5	1	0	0	SI	SI
7	1110059566	MARTIN MUESES GONZALEZ	2. Cédula ciudadanía	1.144.184.331	GERALDIN GONZALES GOMEZ	2. Telefónico seguimiento	3224941820	4:00:PM	4:15:PM	SI	3	1	0	0	SI	SI
8	1122342269	YOSTIN GABRIEL ORDOÑEZ MARTINEZ	2. Cédula ciudadanía	1.122.341.248	MARIA CLAUDIA MARTINEZ SOLARTE	2. Telefónico seguimiento	3124052500	2:00:PM	2:15:PM	SI	4	1	0	0	SI	SI
9	1126457861	JISSEL ALEXANDRA CUACIALPUD CUELTAN	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.128	MAURA MAGALY CUELTAN ANDRADE	2. Telefónico seguimiento	3148763678	4:30:PM	4:45:PM	SI	3	1	0	0	SI	SI
10	1126458607	ERICK JOHAN GIRALDO CULCHAD	2. Cédula ciudadanía	1.126.452.939	CARMEN DEL SOCORRO CULCHA CUARAN	2. Telefónico seguimiento	3138026401	2:30:PM.	2:45:PM	si	7	1	0	0	SI	SI
11	1126142374	LUIS FERNANDO FIGUEROA HERNANDEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.451.927	ELSA JUDITH HERNANDEZ BENAVIDES	2. Telefónico seguimiento	3133750306	3:30: PM	3:45:PM	SI	4	1	0	0	SI	SI
12	1126460129	HELIZA NATALY INAGAN CUARAN	1. Tarjeta de identidad	1.006.995.170	LEIDY LISETH INAGAN CUARAN	2. Telefónico seguimiento	3223230386	300: PM	3:15:PM	SI	3	0	1	0	SI	SI
13	1.140.015.695	DILAN KADIR CHAPUEL ITUYAN	2. Cédula ciudadanía	41.118.911	MAYELY GENIT ITUYAN ITUYAN	2. Telefónico seguimiento	3144795024	900: PM	5.:15 :PM	SI	5	1	0	0	SI	SI
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	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, var opciones en instructivo	19.1 En caso de seleciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedad o respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Retiro social es) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Retiro emocional es) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presunta situación de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Inclusión tardía) 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	Proximo control de CYD para el 4 de agosto 2020, proxin	REFUERZO PRACTICA 1 ; LACTANCIA MATERNA	11/08/2020	09:05:AM
2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1 ; LACTANCIA MATERNA	11/08/2020	9:40:AM
3	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1 ; LACTANCIA MATERNA	11/08/2020	10:05:PM
4	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1 ; LACTANCIA MATERNA	11/08/2020	11:00:AM
5	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1 ; LACTANCIA MATERNA	11/08/2020	8:00:AM
6	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		REFUERZO PRACTICA 1 ; LACTANCIA MATERNA	11/08/2020	11:30:AM
7	SI	NO	7. Otro	PORQUE EL NIÑO TIENE VACUNAS CUANDO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		LACTANCIA MATERNA REFUERZO	11/08/2020	2:30:PM
8	SI	NO	7. Otro	PORQUE EL NIÑO TIENE VACUNAS CUANDO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		LACTANCIA MATERNA REFUERZO	11/08/2020	4:30:PM
9	SI	NO	7. Otro	PORQUE EL NIÑO TIENE VACUNAS CUANDO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		LACTANCIA MATERNA REFUERZO	11/08/2020	3:00:PM
10	SI	NO	7. Otro	PORQUE EL NIÑO TIENE VACUNAS CUANDO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		LACTANCIA MATERNA REFUERZO	11/08/2020	4:00:PM
11	SI	NO	7. Otro	PORQUE EL NIÑO TIENE VACUNAS CUANDO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		LACTANCIA MATERNA REFUERZO	11/08/2020	6: 00:PM
12	SI	NO	7. Otro	PORQUE TIENE VACUNAS CUANDO	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		LACTANCIA MATERNA REFUERZO	11/08/2020	2: OO:PM
13	SI	NO	7. Otro	CUANDO CUMPLA DOS MESES	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		LACTANCIA MATERNA REFUERZO	11/08/2020	3:30:PM
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

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

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