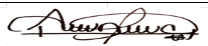


	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.A1.LM5.PP	03/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

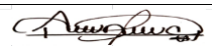
Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:		Fecha:	Nombre de Unidad de Servicio (UDS):	Código Unidad de Servicio (UDS):
AURA DILCIA CUARAN PALMA		02/09/2020	BOSQUE ENCANTADO SEDE 1	8,6865E+12

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	1.126.143.828	EDGAR SAMUEL MENENDEZ CRUZ	2. Cédula ciudadanía	31.430.799	GLORIA ISLENY CRUZ CARMONA	1. Telefónico pedagógico	3223214087	09:05	09:21	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1.126.459.535	DANIELA VALENTINA ARCOS	2. Cédula ciudadanía	1.007.728.136	MARIA FERNANDA ARCOS	1. Telefónico pedagógico	3213814529	09:36	09:50	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1.126.143.390	MIQUEL ANGEL RUIZ BARRERO	2. Cédula ciudadanía	98.386.055	LUIS HERIBERTO RUIZ BURBANO	1. Telefónico pedagógico	3202919013	10:29	10:46	SI	4	1	0	0	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
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							



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 período gestacional?	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?	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	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Gloria Cruz madre del menor quien manifiesta que el niño al igual que el resto de la familia se encuentra bien de salud.	PRACTICA 13 Y 14	09/09/2020	09:00
2	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con la señora Fernanda Arcos quien manifiesta que la niña y el resto de la familia se encuentran bien de salud.	PRACTICA 13 Y 14	09/09/2020	10:00
3	SI	SI			0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	se establece comunicación con el señor Luis Ruiz padre del menor quien manifiesta que su hijo y el resto de la familia se encuentran bien de salud y sin ninguna novedad.	PRACTICA 13 Y 14	09/09/2020	09:00
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
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



Firma del agente educativo

[illegible]

Nombre y apellido del agente educativo o madre responsable:

Fecha:

Nombre de Unidad de Servicio (UDS):

Código Unidad de Servicio (UDS):

I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATENDE 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(a)	2. Nombre usuario(a)	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 niños entre de 0 a 5 años	13. # de personas mayores de 60 años	14. # de personas mayores de 60 años	15. Acceso a agua para beber o tomar	16. Acceso a electricidad	17. ¿El usuario cuenta con el carnet de vacunación actualizado, según su edad y período gestacional?	18. ¿Durante el periodo de acompañamiento, las actividades propuestas, las acciones de educación en salud para la aplicación de vacunas actualizadas, según su edad y período gestacional?	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indique ¿Por qué no la actualizó o no la de vacunación?	20. En caso de seleccionar la respuesta anterior "Otro", especifique cual.	21. Número de personas atendidas en el hogar	22. Novedad 1. (primera actividad)	23. Novedad 2. (primera actividad)	24. Novedad 3. (primera actividad)	25. Novedad 4. (primera actividad)	26. Novedad 5. (primera actividad)	27. Novedad 6. (primera actividad)	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los elementos de las prácticas realizadas	30. Fecha y hora siguiente sesión	31. Fecha y hora siguiente sesión	
1	123456789	María Delgadillo González	2. Cédula Ciudadana	1.123456789	María Delgadillo González	1. Teléfono pedagógico	212345678	10:00	11:00	SI	5	1	0	0	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Se realizó la sesión de vacunación para niños de 0 a 5 años.	21/03/2023	10:00	21/03/2023	10:00
2	123456789	Carlos Delgadillo	2. Cédula Ciudadana	1.123456789	Carlos Delgadillo	1. Teléfono pedagógico	212345678	10:00	11:00	SI	5	1	0	0	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Se realizó la sesión de vacunación para niños de 0 a 5 años.	21/03/2023	10:00	21/03/2023	10:00
3	123456789	María Delgadillo	2. Cédula Ciudadana	1.123456789	María Delgadillo	1. Teléfono pedagógico	212345678	10:00	11:00	SI	4	1	0	1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Se realizó la sesión de vacunación para niños de 0 a 5 años.	21/03/2023	10:00	21/03/2023	10:00
4																	4															
5																	5															
6																	6															
7																	7															
8																	8															
9																	9															
10																	10															
11																	11															
12																	12															
13																	13															
14																	14															
15																	15															
16																	16															
17																	17															
18																	18															
19																	19															
20																	20															

[illegible]

Nombre y apellido del agente educativo a quien consultar:	Fecha:	Nombre de Unidad de Servicio (UDS):	Código Unidad de Servicio (UDS):
LISA MARINA BURGOS-HERNANDEZ	02/07/2024	UNIDAD DE SERVICIO	00000000

John D. H. [unclear]

Forma del agente: el/la

Robert M. Lyman

Forma del agente educador

Antes de imprimir este documento... pense em si mesmo leitor

Actus de inquirere cetera documenta... p[er]tinet ad al[ia] m[en]te subiecta

		PROYECTO Proyecto de Investigación										INSTRUMENTO Formulario de Registro de Observaciones de Clase				PROYECTO Proyecto de Investigación										INSTRUMENTO Formulario de Registro de Observaciones de Clase						
Nombre y apellido del agente educativo a quien se le realiza la observación: SOLÍS LINDA VALDIVIA		Fecha: 09/07/2019										Número de Unidad de Servicio (UDS): 00000000000000000000										Código Unidad de Servicio (UDS): 00000000000000000000										
1. DATOS GENERALES		2. DATOS PERSONALES DEL ASESORADO				3. DATOS DEL ASESORAMIENTO REALIZADO				4. CARACTERÍSTICAS DEL TUTOR				5. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN				6. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES				7. COMENTARIO DEL ASESORAMIENTO										
No.	1. Número de documento del asesorado	2. Nombre asesorado	3. Tipo de documento	4. Número de documento	5. Nombre y apellidos	6. Tipo de Asesoramiento	7. Turno	8. Hora inicio	9. Hora final	10. Llamada Externa	11. Si Total de personas en el hogar	12. Si de ellas y niños de 0 a 3 años	13. Si de mayores que viven en el hogar	14. Si de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para beber o tomar	16. Acceso a Internet y telefonía	17. ¿El asesorado cuenta con el consentimiento informado para la aplicación de los cuestionarios de diagnóstico de la calidad de la atención? Si no, ¿por qué?	18. ¿Durante el periodo de observación, se realizó alguna actividad de aprendizaje o de desarrollo de habilidades?	19. En caso de que la respuesta anterior sea "NO", ¿cuáles fueron las actividades o de desarrollo de habilidades que se realizaron?	20. Si se realizó alguna actividad de aprendizaje o de desarrollo de habilidades, ¿cuáles fueron las actividades?	21. Número de personas en el hogar	22. Número de personas en el hogar	23. Novedad 1. (Punto de observación)	24. Novedad 2. (Punto de observación)	25. Novedad 3. (Punto de observación)	26. Novedad 4. (Punto de observación)	27. Novedad 5. (Punto de observación)	28. Novedad 6. (Punto de observación)	29. Otras novedades y observaciones	30. Indique los nombres de los profesores observados	31. Fecha y hora siguiente sesión	
1	000001	VALDIVIA LINDA VALDIVIA	OTRO	000001	VALDIVIA LINDA VALDIVIA	OTRO	000001	08:00	09:00	00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	000002	VALDIVIA LINDA VALDIVIA	OTRO	000002	VALDIVIA LINDA VALDIVIA	OTRO	000002	09:00	10:00	00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: Se imprimen solo los datos que se ingresaron en el sistema.

<small>SMILE Y VUELA FARMACIA</small> <small>Farmacia del Aquilone Alessandria</small>	<small>SMILE Y VUELA FARMACIA</small> <small>Farmacia del Aquilone Alessandria</small>

Número y apellido del agente educativo o madre comunitaria:	Fecha:	Número de Unidad de Servicio (UDS):	Código Unidad de Servicio (UDS):
OSAYNTON MORAL S GOMEZ	1/10/2023	Unitad de Servicio INFORMACI 0020	00000-12

Firma de quien dicta		Firma de quien dicta

Nombre y apellidos del agente educativo o medio consultado:

Fecha:

Nombre de Unidad de Servicio (US):

Código Unidad de Servicio (US):

I. DATOS USUARIO					II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO					III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN					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 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 65	15. Acceso a agua para beber o tomar	16. Acceso a toilet y ventilar	No.	17. ¿El usuario cuenta con el carnet de vacunación actualizado, según su edad y periodo gestacional?	18. ¿Dispone el personal de atención primaria de salud para la aplicación de vacunas, refuerzos o esquemas especiales?	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO", indique ¿Por qué no la recibió o de qué de vacuna?	20. En caso de seleccionar la respuesta anterior "Si, otro", especifique cual.	21. Número de personas vacunadas en el hogar	22. Novedad 1. (datos nuevos)	23. Novedad 2. (datos nuevos)	24. Novedad 3. (datos nuevos)	25. Novedad 4. (datos nuevos)	26. Novedad 5. (datos nuevos)	27. Novedad 6. (datos nuevos)	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los motivos de las prácticas realizadas	30. Fecha y hora siguiente visita																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
																																SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO

Havila Semio Tere

Havila Semio Tere

LESTY YOUNGMANA SAMPALIZ		LESTY YOUNGMANA SAMPALIZ	
SINPALEZ		SINPALEZ	
Firma del agente proveedor		Firma del agente proveedor	