	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.FP	2/09/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: NELCY CABEZAS A

Fecha: 7/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 2

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680001610333

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	1140051545N	VALERY LUCIANA COLONIA MAN	2. Cédula ciudadanía	1.136.453.647	LEIDY SILVA	1. Telefónico pedagógico	3127294279	9:00	9:10	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1085.5.64E6	EMENERYN CASTILLO ZAMBRANO	2. Cédula ciudadanía	41.118.45E	NEFER ZAMBRANO JURADO	1. Telefónico pedagógico	3133758880	9:10	9:20	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1126.978.E18	LUCIANNA ZEA ESPERILLA	2. Cédula ciudadanía	1.085.300.139	ANDREA ESTERILLA	1. Telefónico pedagógico	3122913600	9:20	9:40	SI	3	1	0	0	SI	SI
4																
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							

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. (Abortos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abortos 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 prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10;11;12	14/10/2020	8:00
2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10;11;12	14/10/2020	8:10
3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10;11;12	14/10/2020	8:20
4																
9					0	0									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

NELCY CABEZAS A

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.FP	2/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

NELCY CABEZAS A

Firma del agente educativo

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARCELA CAMPAÑA QUINCIQUIN

Fecha: 7/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 2

Código Unidad de Servicio (UDS): 8683001610333

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	1.003.556.647	ERICK ADRIAN RIVERA BOLIVAR	2. Cédula ciudadanía	27.268.004	KATIANA BOLIVAR	1. Telefónico pedagógico	3116546110	10:00	10:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1.126.457.891	JULIAN ANDRES CACEDO NARVAEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.446.538	JENNY LORENA CACEDO	1. Telefónico pedagógico	3114984761	9:30	9:50	SI	4	1	0	2	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
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							

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. (Abortos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abortos 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 prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A EDAD QUE TIENE.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		15/11/13	14/12/2020	8:00
2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A EDAD QUE TIENE.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		15/11/13	14/12/2020	8:00
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9					0	0									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

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.PP	2/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AL.L.MS.PP	3/04/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AL.L.MS.PP	2/04/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ANDREA RIVERA POSO

Fecha: 7/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 2

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.6802E+12

No.	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		
	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		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 accedido 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 seleccione 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 prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	NO	DYLAN AXEL ORTEGANA PIÑERO	3. Cédula de la tarjeta	34.772.166	ADRIANA DEL CARMEN DATOGANA PIÑERO	2. Telefónico seguimiento	3136895727	8:39	8:52	SI	4	1	0	0	SI	SI	1 SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	1	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	se envia información vía Whatsapp, no contesta por motivos laborales.	1Q (1) y 1Q	12/10/2020	10:00
2	1140015526	KELYN ARIADNE ARBOLEDA ESPAÑA	2. Cédula ciudadanía	1.003.914.245	WILMER ANCIZAR ARBOLEDA OSPINA	2. Telefónico seguimiento	3232238997	9:00:0	9:15	SI	6	1	0	0	SI	SI	1 SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1Q (1) y 1Q	12/10/2020	10:30
3	1123192227	SEBASTIAN MONTES SOLARTE	2. Cédula ciudadanía	1.123.306.387	DIANA CAROLINA SOLARTE PALLA	2. Telefónico seguimiento	3113653153	9:30	9:40	SI	2	1	0	0	SI	SI	1 SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		1Q (1) y 1Q	12/10/2020	11:00
4	1129457617	ALVARO DANIEL MESA CHIRAN	2. Cédula ciudadanía	1.126.453.948	DIANA PAOLA CHIRAN ZAMBRANO	2. Telefónico seguimiento	3212596675	11:42	11:58	SI	3	1	0	0	SI	SI	1 SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	se señor DAVID MEJIA , por medio de una llamada, solicita acompañamiento psicosocial.	1Q (1) y 1Q	12/10/2020	11:30
5								hh:mm	hh:mm								5												dd/mm/aaaa	hh:mm
6								hh:mm	hh:mm								6												dd/mm/aaaa	hh:mm
7								hh:mm	hh:mm								7												dd/mm/aaaa	hh:mm
8								hh:mm	hh:mm								8												dd/mm/aaaa	hh:mm
9								hh:mm	hh:mm								9				0	0							dd/mm/aaaa	hh:mm
10								hh:mm	hh:mm								10												dd/mm/aaaa	hh:mm
11								hh:mm	hh:mm								11												dd/mm/aaaa	hh:mm
12								hh:mm	hh:mm								12												dd/mm/aaaa	hh:mm
13								hh:mm	hh:mm								13												dd/mm/aaaa	hh:mm
14								hh:mm	hh:mm								14												dd/mm/aaaa	hh:mm
15								hh:mm	hh:mm								15												dd/mm/aaaa	hh:mm
16								hh:mm	hh:mm								16												dd/mm/aaaa	hh:mm
17								hh:mm	hh:mm								17												dd/mm/aaaa	hh:mm
18								hh:mm	hh:mm								18												dd/mm/aaaa	hh:mm
19								hh:mm	hh:mm								19												dd/mm/aaaa	hh:mm
20								hh:mm	hh:mm								20												dd/mm/aaaa	hh:mm
21								hh:mm	hh:mm								21												dd/mm/aaaa	hh:mm
22								hh:mm	hh:mm								22												dd/mm/aaaa	hh:mm
23								hh:mm	hh:mm								23												dd/mm/aaaa	hh:mm
24								hh:mm	hh:mm								24												dd/mm/aaaa	hh:mm
25								hh:mm	hh:mm								25												dd/mm/aaaa	hh:mm

ANDREA RIVERA POSO

Firma del agente educativo

ANDREA RIVERA POSO

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.FP	2/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: YENY ANDREA MARROQUIN

Fecha: 21/02/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): SOCIEDAD ENCANTADO 2

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.00002+12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	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		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período 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 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) 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 prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1130142135	OSCAR SAMUEL ROVELO DIAZ	2. Cédula ciudadanía	1.087.753.882	CLAUDIA ALEJANDRA DIAZ RINCON	1. Telefónico pedagógico	3206378024	7:00	7:15	SI	4	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	Está en el día en las vacunas acorde a la edad que tiene	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10/11/13	4/10/2020	7:00
2	1130142776	EYANA DAVID ZAMORA PAYOGUAJE	3. Cédula ciudadanía	41.120.237	HEIDY DORANY PAYOGUAJE YAGUAJE	1. Telefónico pedagógico	3213886804	7:30	7:45	SI	5	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	Está en el día en las vacunas acorde a la edad que tiene	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10/11/13	4/10/2020	7:15
3	1122342378	VICTORIA QUEVAMAN DIAZ	2. Cédula ciudadanía	69.007.003	UDLY DIAZ ALBARACO	1. Telefónico pedagógico	3135458158	8:00	8:15	SI	3	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	Está en el día en las vacunas acorde a la edad que tiene	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10/11, 13	4/10/2020	7:30
4	1122104887	CRISTIAN DANIEL LUNA QUINCHOA	2. Cédula ciudadanía	41.120.680	YOLANDA LOREDNY QUINCHOA	1. Telefónico pedagógico	3135378947	8:30	8:45	SI	4	1	0	0	SI	SI	4	SI	NO	7. Otro	Está en el día en las vacunas acorde a la edad que tiene	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10/11, 13	4/10/2020	7:45
5																	5															
6																	6															
7																	7															
8								hh:mm									8															
9								hh:mm	hh:mm								9					0	0								dd/mm/aaaa	hh:mm	
10								hh:mm	hh:mm								10														dd/mm/aaaa	hh:mm	
11								hh:mm	hh:mm								11														dd/mm/aaaa	hh:mm	
12								hh:mm	hh:mm								12														dd/mm/aaaa	hh:mm	
13								hh:mm	hh:mm								13														dd/mm/aaaa	hh:mm	
14								hh:mm	hh:mm								14														dd/mm/aaaa	hh:mm	
15								hh:mm	hh:mm								15														dd/mm/aaaa	hh:mm	
16								hh:mm	hh:mm								16														dd/mm/aaaa	hh:mm	
17								hh:mm	hh:mm								17														dd/mm/aaaa	hh:mm	
18								hh:mm	hh:mm								18														dd/mm/aaaa	hh:mm	
19								hh:mm	hh:mm								19														dd/mm/aaaa	hh:mm	
20								hh:mm	hh:mm								20														dd/mm/aaaa	hh:mm	
21								hh:mm	hh:mm								21														dd/mm/aaaa	hh:mm	
22								hh:mm	hh:mm								22														dd/mm/aaaa	hh:mm	
23								hh:mm	hh:mm								23														dd/mm/aaaa	hh:mm	
24								hh:mm	hh:mm								24														dd/mm/aaaa	hh:mm	
25								hh:mm	hh:mm								25														dd/mm/aaaa	hh:mm	

YENY ANDREA MARROQUIN

Firma del agente educativo

YENY ANDREA MARROQUIN

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.FP	2/09/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.FP	2/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARIA ARBEDIA LEDEZMA

Fecha: 7/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 2

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.00025.+12

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES								VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	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		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. (Abortos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abortos 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 prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1123431675	ESTHFANIA HIVANO MONTERO	1. Cédula ciudadanía	1006.980.719	MATERNE MONTERO APAEZ	1. Telefónico pedagógico	3123588728	9:00	9:15	SI	5	1	NA	NA	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE ASU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO		2003	13/10/2020	9:00
2	1123435364	SEBASTIAN LIVANER RODRIGUEZ PORTILLA	2. Cédula ciudadanía	16 102 527	HENRRY RODRIGUEZ PORTILLA	1. Telefónico pedagógico	3213123527	9:30	9:45	SI	4	1	NA	NA	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE ASU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO		2003	14/10/2020	9:00
3	1005083035	BRICE SANTIAGO MACUACE VELEZ	2. Cédula ciudadanía	4 1 121 027	ALEJANDRA VÉLEZ TREJOS	1. Telefónico pedagógico	3122853273	9:30	9:45	SI	7	2	NA	NA	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE ASU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO		2003	15/10/2020	10:00
4																	4														
5																	5														
6																	6														
7																	7														
8																	8														
9																	9														
10																	10														
11								hh:mm	hh:mm								11													dd/mm/aaaa	hh:mm	
12								hh:mm	hh:mm								12													dd/mm/aaaa	hh:mm	
13								hh:mm	hh:mm								13													dd/mm/aaaa	hh:mm	
14								hh:mm	hh:mm								14													dd/mm/aaaa	hh:mm	
15								hh:mm	hh:mm								15													dd/mm/aaaa	hh:mm	
16								hh:mm	hh:mm								16													dd/mm/aaaa	hh:mm	
17								hh:mm	hh:mm								17													dd/mm/aaaa	hh:mm	
18								hh:mm	hh:mm								18													dd/mm/aaaa	hh:mm	
19								hh:mm	hh:mm								19													dd/mm/aaaa	hh:mm	
20								hh:mm	hh:mm								20													dd/mm/aaaa	hh:mm	
21								hh:mm	hh:mm								21													dd/mm/aaaa	hh:mm	
22								hh:mm	hh:mm								22													dd/mm/aaaa	hh:mm	
23								hh:mm	hh:mm								23													dd/mm/aaaa	hh:mm	
24								hh:mm	hh:mm								24													dd/mm/aaaa	hh:mm	
25								hh:mm	hh:mm								25													dd/mm/aaaa	hh:mm	

MARIA ARBEDIA LEDEZMA

Firma del agente educativo

MARIA ARBEDIA LEDEZMA

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.PP	2/09/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: LUZ MARLENE GARCIA

Fecha: 7/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 2

Código Unidad de Servicio (UDS): 8880300100330

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	1006339570	YADEL ALBERO ATIS NARVAEZ	2. Cédula ciudadanía	44. 080. 113	LUZ MARINA NARVAEZ AGREDA	1. Tarafónico pedagógico	3147183905	8:00	9:40	SI	4	3	0	0	SI	SI
2	NO	DARISMAR VALERIA ANDRADE OLIVERO	3. Cedula de extranjeria	16.068.618	BELDRED JOSEFINA OLIVERO ESSA	1. Tarafónico pedagógico	3186882764	9:00	9:40	SI	4	1	0	2	SI	SI
3	NO	JESUS IGNACIO STHORNES RINCON	3. Cedula de extranjeria	31.028.730	EMMAR NABELIN ALVAREZ STHORNE	1. Tarafónico pedagógico	320 9287319	9:20	9:40	SI	5	2	0	0	SI	SI
4																
5																
6																
7																
8																
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							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, segun 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. (Abortos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abortos 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 prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	14/10/2020	8:20
2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	14/10/2020	8:00
3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	14/10/2020	9:25
4																
5																
6																
7																
8																
9					0	0									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

LUZ MARLENE GARCIA

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.PP	2/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

LUZ MARLENE GARCIA

Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

FI.AL.LML.PP	2/09/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: DILSA LORENY CHAMORRO

Fecha: 7/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 2

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680301000330

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	1140815583	EMILIANA SELTRAN ESTRADA	2. Cédula ciudadanía	1.136.457.066	ELIDNT DANIELA ESTRADA DOMINGUEZ	1. Telefónico pedagógico	3104946307	9:00	9:10	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1120403231	ERICK DANIEL CHAPUESGAL JACAMAMEJOY	2. Cédula ciudadanía	1.136.452.915	BARLIN SORAN JACAMAMEJOY LUNA	1. Telefónico pedagógico	3205195045	9:20	9:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1122786360	MARIA SALOME ENRRIQUEZ CAMPAÑA	2. Cédula ciudadanía	1.122.784.706	MARIA NATALIA CAMPAÑA QUINSQUIN	1. Telefónico pedagógico	3167686677	9:00	9:10	SI	8	2	0	1	SI	SI
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
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							

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 seleccione 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. (Abortos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abortos 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 prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 y 13	8/10/2020	10:00
2	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 y 13	9/10/2020	11:30
3	SI	NO	7. Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11 y 13	9/10/2020	9:00
4															dd/mm/aaaa	hh:mm
5															dd/mm/aaaa	hh:mm
6															dd/mm/aaaa	hh:mm
7															dd/mm/aaaa	hh:mm
8															dd/mm/aaaa	hh:mm
9					0	0									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

DILSA LORENY CHAMORRO
Firma del agente educativo

DILSA LORENY CHAMORRO
Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: RODRIGO ALBERTO PEÑA

Fecha: 7/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE ENCANTADO 2

Código Unidad de Servicio (UDS): 1668220100330

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	1.089.570.220	DAVID SANTIAGO CHAVES MELENDEZ	2. Cédula ciudadanía	1.085.690.435	DIANA CAROLINA CHAVEZ MELENDEZ	4. Telefónico salud y nutrición	3158601259	14:45	15:00	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1.030.883.035	ERICK SANTIAGO MACUACE VELEZ	2. Cédula ciudadanía	41.121.037	MARIA ALEJANDRA VELEZ TREJOS	4. Telefónico salud y nutrición	3124925271	15:03	15:19	SI	5	2	0	0	SI	SI
3	1.130.164.905	JUAN SEBASTIAN ORTEGA YANDUN	2. Cédula ciudadanía	41.119.669	ROSALBA YANDUN TULCAN	4. Telefónico salud y nutrición	3203236191	15:23	15:40	SI	4	1	0	0	SI	SI
4	1.140.015.335	MACOL STIVEN LOPEZ CHAVEZ	2. Cédula ciudadanía	41.120.146	MARIA CRISTINA CHAVEZ	4. Telefónico salud y nutrición	3209726101	15:43	16:00	SI	5	1	0	0	SI	SI
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
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							

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 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. (Faltas vacúnas)	23. Novedad 2. (Alertas emocionales)	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)	25. Novedad 4. (Deserción/cierre)	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 dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	NO	7. Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 5-6 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	5 8	13/10/2020	8:00
2	SI	NO	7. Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 5-6 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	5 8	13/10/2020	8:15
3	SI	NO	7. Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 5-6 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	5 8	13/10/2020	8:30
4	SI	NO	7. Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 5-6 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	5 8	13/10/2020	8:45
5																
6																
7																
8																
9					0	0									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

RODRIGO ALBERTO PEÑA
Firma del agente educativo

RODRIGO ALBERTO PEÑA
Firma del agente educativo

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