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

Fecha: 10/1/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686000100320

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	1124658856	CRISTIAN CAMILO CHACON GUANGUA	2. Cédula ciudadanía	11.264.654.456	ROSALBA GUINEA	3. Tiwtsirico seguimiento	3222546379	8:00	8:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1102713923	DANIEL STIVEN ANDRADE MENESES	2. Cédula ciudadanía	1.105.445.705	SANDRA ANDRADE	3. Tiwtsirico seguimiento	3115196592	8:15	8:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1126545255	ISABELLA ROMO CHADOY	2. Cédula ciudadanía	1.105.452.039	YESENIA CHADOY	3. Tiwtsirico seguimiento	3107585845	8:30	8:45	SI	10	1	0	3	SI	SI
4	1124659054	RAMSEL KEIDAN DUARTE HIRAZI	2. Cédula ciudadanía	1.105.452.247	ANGELIS HIZAHO SIERRA	3. Tiwtsirico seguimiento	3204239676	9:00	9:05	SI	4	2	0	0	SI	SI
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 selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas rectales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Prevuntas 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,SOLAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	8:00
2	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA,SOLAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	8:15
3	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA,SOLAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	8:30
4	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA,SOLAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	9:00
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

NELCY CABEZAS A

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AS.LM5.PP	6/2/2020
		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!

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AS.LM5.PP	6/2/2020
REPUTTAR FAMILIAR		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AS.LM5.PP	6/2/2020
REPUTTAR FAMILIAR		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: MARCELA CMSTAÑA QUINSUJUN

Fecha: 10/1/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686000100320

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	1.081230647	ERICK ADRIAN RUEDA BOLIVAR	2. Cédula ciudadanía	57.298.564	KATIANA BOLIVAR	3. Telefónico seguimiento	3116456115	8:00	8:15	SI	6	1	0	0	SI	SI
2	1.137.814.582	JUAN CAMILO HERNANDEZ TAQUEZ	2. Cédula ciudadanía	1.135.458.913	ALEJANDRA HERNANDEZ	3. Telefónico seguimiento	3213431235	8:15	8:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1.124.437.891	JULIAN ANDRES CAICEDO NARVAEZ	2. Cédula ciudadanía	1.135.446.558	JENNY LORENA CAICEDO	3. Telefónico seguimiento	3114564701	9:00	9:45	SI	4	1	0	2	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 selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas adultas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Abetas recidas) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abetas 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 EDAD QUE TIENE	1	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	8:00
2	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	9:15
3	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE EDAD QUE TIENE	0	0	NO	SI	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	9:30
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

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 10/1/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): BOSQUE DACNITADO 3

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.0002E+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 fisitas y vertiderio SI / NO / NO APLICA
1	10	ZYGAN AXEL ORTEGANA PIÑERO	3. Cedula de extranjería	34.771.166	ADRIANA DEL CARMEN ORTEGANA PIÑERO	3. Telefónico seguimiento	3216906727	8:30	9:02	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1130031636	KEVIN JARYMONE VARGOUSSA ESPAÑA	2. Cédula ciudadanía	1.003.910.245	WILMER ANCIZAR ABSOLUCIO ESPINA	3. Telefónico seguimiento	3212338390	9:02	9:15	SI	6	1	0	0	SI	SI
3	1120332227	SEBASTIAN MONTES SOLARTE	2. Cédula ciudadanía	1.123.366.367	DIANA CAROLINA SOLARTE FALLA	3. Telefónico seguimiento	3134063152	9:30	9:45	SI	2	1	0	0	SI	SI
4	1126457837	ALVARO DANIEL MEJIA CHIRAN	2. Cédula ciudadanía	1.126.453.948	DIANA PAOLA CHIRAN ZAMBRANO	3. Telefónico seguimiento	3227206635	11:40	11:55	SI	3	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. (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	SI	NO	7.Otro	ESTA A AL DIA,SOLAD VACUNAE ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	1	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/2/2020	10:00
2	SI	NO	7.Otro	ESTA A AL DIA,SOLAD VACUNAE ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/2/2020	10:30
3	SI	NO	7.Otro	ESTA A AL DIA,SOLAD VACUNAE ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/2/2020	11:00
4	SI	NO	7.Otro	ESTA A AL DIA,SOLAD VACUNAE ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/2/2020	11:30
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

ANDREA RIVERA POSO

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AI.LM5.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ANDREA RIVERA POSO

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LMS.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha: 15/1/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8.6855E+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	1120164822	BRENNER SAID ERAZO ILES	2. Cédula ciudadanía	1.126.454.829	KELLY JHOANA ILES ILVIRA	3. Telefónico seguimiento	3112239670	7:00	7:10	SI	7	1	1	2	SI	SI
2	1.057.787.668	MARIANGEL GOMEZ MORALES	2. Cédula ciudadanía	1.057.787.903	ANGIE GABRIELA MORALES ALVAREZ	3. Telefónico seguimiento	3158480948	7:30	7:40	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1120143847	CAMILA MERCEDES PAZ INTRIAGO	2. Cédula ciudadanía	1.309.879.193	TANIA MONSERRATE INTRIAGO ANCHUNDIA	3. Telefónico seguimiento	3164247656	8:00	8:10	SI	5	1	0	0	SI	SI
4	1120143229	JOSHUA DANIEL ERAZ VARGAZ	2. Cédula ciudadanía	1.085.912.441	MANUELA VARGAS CLAROS	3. Telefónico seguimiento	3124561546	8:30	8:40	SI	4	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" , indique ¿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", menciona 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	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 remite a apoyo psicosocial para orientacion sobre sensibilizar a las familias para que haga mayor acompañamiento en las actividades pedagogicas.		15/2/2020	7:00
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	Se remite a apoyo psicosocial para orientacion sobre sensibilizar a las familias para que haga mayor acompañamiento en las actividades pedagogicas.		15/2/2020	7:15
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	Se remite a apoyo psicosocial para orientacion sobre sensibilizar a las familias para que haga mayor acompañamiento en las actividades pedagogicas.		15/2/2020	7:30
4	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 remite a apoyo psicosocial para orientacion sobre sensibilizar a las familias para que haga mayor acompañamiento en las actividades pedagogicas.		15/2/2020	7:45
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

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.LMS.PP	6/2/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

YENY ANDREA MARROQUIN

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 10/1/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8-66SE-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	1136053575	ESTEFANIA MIRADO MONTERO	2. Cédula ciudadanía	1.006.896.719	KATERINE MONTOYA ARNAEZ	3. Telefónico seguimiento	3128868736	9:00	9:15	SI	5	1	NA	NA	SI	SI
2	1126459864	SEBASTIAN OVIANER RODRIGUEZ PORTILLA	2. Cédula ciudadanía	18 153 337	HENRRY RODRIGUEZ PORTILLA	3. Telefónico seguimiento	3054128487	9:20	9:35	SI	4	1	NA	NA	SI	SI
3	1030859055	ERICK SANTIAGO MACUACE VIVAZ	2. Cédula ciudadanía	41 121 027	ALEJANDRA VELEZ TEJEDO	3. Telefónico seguimiento	3107852370	9:40	9:55	SI	7	2	NA	NA	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 selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas rectales) 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	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE AGU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/1/2020	9:00
2	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE AGU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/1/2020	9:00
3	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE AGU EDAD	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/1/2020	10:00
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

MARIA ARBEDA LEDEZMA

Firma del agente educativo

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

Protección de datos personales: Este documento contiene información confidencial, de uso exclusivo de Reputtum Familiar. Cualquier uso indebido de esta información será sancionado de acuerdo con la política de Tratamiento de datos personales de la compañía y la ley Estatutaria 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AS.LM5.PP	6/2/2020
REPÚTTUM FAMILIAR		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información Pública	

MARIA ARBEDA LEDEZMA

Firma del agente educativo

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

Protección de datos personales: Este documento contiene información confidencial, de uso exclusivo de Reputtum Familiar. Cualquier uso indebido de esta información será sancionado de acuerdo con la política de Tratamiento de datos personales de la compañía y la ley Estatutaria 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

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

Fecha: 10/1/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686020100320

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	sn	DARISMAR VALERA ANDRADE OLIVERO	3. Cedula de extranjeria	16.048.518	MILORED JOSEFINA OLIVERO ESSA	3. Telefonico seguimiento	3206210197	9:30	9:40	SI	6	1	0	2	SI	SI
2	sn	JESUS IGNACIO STHORMES RINCON	3. Cedula de extranjeria	31.028.735	EDMARI NABELIN ALVAREZ STHORME	3. Telefonico seguimiento	3136603234	9:00	9:10	SI	5	2	0	0	SI	SI
3	1091999564	ANGELI SOFIA PRIETO CARDERO	2. Cedula ciudadania	27.337.248	MARI BELLA PRIETO CARDERO	3. Telefonico seguimiento	3162222896	9:20	9:40	SI	4	1	0	0	SI	SI
4	SIN	ALEIDA VALENTINA SOTO FLORES	3. Cedula de extranjeria	29.239.162	ANGELICA EDISETH FLORES HERNANDEZ	3. Telefonico seguimiento	3153154152	9:00	10:00	SI	7	1	0	0	SI	SI
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 selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Abertas recistas) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Prevuntas 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	EST A AL DIA,CH,LAS VACUNAS ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	9:30
2	SI	NO	7. Otro	EST A AL DIA,CH,LAS VACUNAS ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	9:00
3	SI	NO	7. Otro	EST A AL DIA,CH,LAS VACUNAS ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	9:20
4	SI	SI	7. Otro	EST A AL DIA,CH,LAS VACUNAS ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			10/1/2020	9:00
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.AS.LM5.PP	6/2/2020
		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!

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

Fecha: 10/1/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686020100320

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	1140013560	EMILIANA BELTRAN ESTRADA	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.364	ELIDNT DANIELA ESTRADA DOMINGUEZ	3. Telefónico seguimiento	3134546300	8:00	8:05	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1139455521	ERICK DANIEL CHAPUESGAL JHOHANEJDY	2. Cédula ciudadanía	1.126.452.915	MARLIN SORANI JHOHANEJDY LUNA	3. Telefónico seguimiento	3205195545	8:20	8:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1122760560	MARIA SALOME ENRRIQUEZ CAMPAÑA	2. Cédula ciudadanía	1.122.764.756	MARIA NATALIA CAMPAÑA QUINSUZUN	3. Telefónico seguimiento	3167589177	9:00	9:10	SI	6	2	0	1	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 selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas visitadas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas rectales) 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	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA			10/1/2020	10:00
2	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA			10/1/2020	11:30
3	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A SU EDAD	0	0	SI NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA			10/1/2020	9:30
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

DILSA LORENY CHAMORRO

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.AS.LM5.PP	6/2/2020
REPUTTAR FAMILIAR		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información Pública	

DILSA LORENY CHAMORRO

Firma del agente educativo

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