	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AI.LM5.PP	3/09/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AI.LM5.PP	3/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: NELSY KARIME RENGIFO JURADO

Fecha: 5/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CARIÑOSOS ESPERANZA 1

Código Unidad de Servicio (UDS): 8000201010231

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 fruta y verdura SI / NO / NO APLICA
1	1117445161299	KAROL TATIANA OSWINO ELEZ VALLEJO	Cedula ciudadania	16.158.423	LUIS ALFONSO OSWINO ELEZ HERNANDEZ	1.Telefonico pedagogico	3167520098	8:00	8:15	SI	4	2	0	0	SI	SI
2	1116784599	NICOLAS DE JESUS JARAMILLO ARIAS	Cedula ciudadania	1.113.303.321	EDILCIELO ARIAS GALINDEZ	1.Telefonico pedagogico	3105839502	8:20	8:35	SI	5	2	0	0	SI	SI
3	1117441333 1	EMILY GABELLA MEJIA RUIZ	Cedula ciudadania	1.123.307.222	LEIDY ANDREA RUIZ	1.Telefonico pedagogico	3144687760	8:40	8:50	SI	5	1	0	0	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 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. (Frecuntes 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	LA NIÑA ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	12/10/2020	8:00
2	SI	NO	7.Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	12/10/2020	8:20
3	SI	NO	7.Otro	LA NIÑA ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,13	12/10/2020	8:40
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

NELSY KARIME RENGIFO JURADO

Firma del agente educativo

NELSY KARIME RENGIFO JURADO

Firma del agente educativo

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: YURI JHOANA FERNANDEZ JURADO

Fecha: 5/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CAMINOS DE ESPERANZA 1

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686000100201

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	1.117.031.405	DANIELA SOTELO MARIN	2. Cédula ciudadanía	1.116.232.791	MARIA LUCILLY MARIN RAMIREZ	1. Telefónico pedagógico	3216870295	8:00:00	08:30	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1.126.142.919	ANDERSON CAMILO GOYES GALINDEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.450.031	GISELA GALINDEZ ARAUJO	1. Telefónico pedagógico	3145338741	8:25	8:40	SI	9	1	0	0	SI	SI
3	1.140.015.033	NICOLAS SAMIR ZAMBRANO QUIROZ	2. Cédula ciudadanía	36.953.403	CLAUDIA MARCELA QUIROZ PINCHAO	1. Telefónico pedagógico	3136437265	9:00	9:05	SI	4	1	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, 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. (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	SE ENCUENTRA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		19,11 y13	12/10/2020	9:00
2	SI	NO	7.Otro	SE ENCUENTRA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		19,11 y13	12/10/2020	9:30
3	SI	NO	7.Otro	SE ENCUENTRA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		19,11 y13	12/10/2020	10:00
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

YURI JHOANA FERNANDEZ JURADO

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AS.LM5.PP	2/04/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información Pública	

YURI JHOANA FERNANDEZ JURADO

Firma del agente educativo

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: FANY CABEZAS ANGULO

Fecha: 5/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CAMINOS DE ESPERANZA1

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680020010201

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	SD	RAZON JOSE ORTIZ BERNEJO	2. Cédula ciudadanía	SD	GENESIS LISBETH BERNEJO SEVILLA	1. Telefónico pedagógico	3205287103	8:00	8:05	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	SD	DAIELYS SOPHIA CARDENAS MONTOYA	2. Cédula ciudadanía	SD	KARLA DANIELYS MONTOYA RAMOS	1. Telefónico pedagógico	3203321205	8:30	8:50	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1144635066	JHOAN CAMILO DAGUACEBALLOS	2. Cédula ciudadanía	1006999141-60	ZOLIANY MICHELL CEBALLOS LONDOÑO	1. Telefónico pedagógico	3134589917	10:00	10:15	SI	7	1	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 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 medico	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	SI		Cuenta con su vacunacion al dia de a cordre a su edad.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10.11.12	12/10/2020	8:00
2	SI	SI		Cuenta con su vacunacion al dia de a cordre a su edad.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10.11.12	12/10/2020	9:00
3	SI	NO	7. Otro	Cuenta con su vacunacion al dia de a cordre a su edad.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	La madre manifiesta que el menor esta presentando comportamientos de rebeldia, se remite al apoyo psicosocial	10.11.12	12/10/2020	15:00
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

FANY CABEZAS ANGULO

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LM3.PP	2/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

FANY CABEZAS ANGULO

Firma del agente educativo

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: LADY MILEN VILLOTA MORALES

Fecha: 5/12/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CAMINOS DE ESPERANZA I

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680020100231

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	1107033917	Wilmen steban Partoja Rocano	2. Cédula ciudadanía	1.103.335.141	Jessica Paola Rosero Gomez	1. Telefónico pedagógico	3209691580	8:00	8:15	SI	4	2	0	0	SI	SI
2	SD	Yisleny Victoria Golpes Soto	3. Cedula de extranjeria	SD	Dennys Jose Gudiyo	1. Telefónico pedagógico	3204982033	9:20	9:35	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1126457699	Jhon Sebastian Salazar Dias	2. Cédula ciudadanía	1.118.365.720	Kimerna Nobserto Dias	1. Telefónico pedagógico	3205535230	9:10	9:30	SI	3	1	0	0	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 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	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	12/10/2020	8:00
2	SI	NO	7.Otro	la niña se encuentra al día con las vacunas segun su rango de edad	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	12/10/2020	9:35
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	12/10/2020	9:10
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

LADY MILEN VILLOTA MORALES

Firma del agente educativo

LADY MILEN VILLOTA MORALES

Firma del agente educativo

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SOLO PUEDE SER UTILIZADA POR LOS FUNCIONARIOS AUTORIZADOS. CUALQUIER USO INDEBIDO PUEDE GENERAR SANCIONES.

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

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SOLO PUEDE SER UTILIZADA POR LOS FUNCIONARIOS AUTORIZADOS. CUALQUIER USO INDEBIDO PUEDE GENERAR SANCIONES.

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: GILMA CORDOBA ALVAREZ

Fecha: 5/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CAMINOS DE ESPERANZA I

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680020100321

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	1120142605	EVER ANDRES CHANCHI SIERRA	2. Cédula ciudadanía	1.120.738. 1547	LEIDY VIVIANA SERRA MARRIQUEZ	1. Telefónico pedagógico	3132892217	8:09	8:15	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1087830408	YERINIT DUVAN MONSALVE GUERRERO	2. Cédula ciudadanía	1.087.169.905	KAREN YULIANA GUERRERO PRECIADO	1. Telefónico pedagógico	3147129617	8:17	8:22	SI	6	1	0	0	SI	SI
3	1123457418	ROBERT ALEJANDRO TOVAR GUEVARA	2. Cédula ciudadanía	13.550.716	ROBERT KARN TOVAR JEFAL	1. Telefónico pedagógico	3104198828	8:23	8:33	SI	5	1	0	0	SI	SI
4	1007433503	VALERY FERNANDA ARROYO YANPUEZAN	2. Cédula ciudadanía	1.087.411.321	LEIDY LORENA YANPUEZ SAAVEDRA	1. Telefónico pedagógico	3134217046	9:04	9:10	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, 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. (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 CON LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10.11.12	12/10/2020	8:00
2	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA CON LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10.11.12	12/10/2020	8:30
3	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA CON LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10.11.12	12/10/2020	9:40
4	SI	NO	7.Otro	ESTA AL DIA CON LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10.11.12	12/10/2020	9:50
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

GILMA CINS CORDOBA

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AS.LM5.PP	2/04/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información Pública	

GILMA CINS CORDOBA

Firma del agente educativo

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

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: ANGI PAOLA ROJAS VACCA

Fecha: 5/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CAMINOS DE ESPERANZA I

Código Unidad de Servicio (UDS): 8585020100321

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	SD	Dugbengelin Guaje Zerpa Rojas	6. Sin información	SD	Angeli Alexi Rojas Ibanoa	1. Telefónico pedagógico	5335747215	9:00	9:10	SI	7	3	0	0	SI	SI
2	1133544994-1	Dulce Widelh Portela Arango	2. Cédula ciudadanía	33545.569170	Cristantimo Portela Duguara	1. Telefónico pedagógico	3106451880	9:00	9:10	SI	5	2	0	0	SI	SI
3	1134459149	Anghan Camilo Pantoja Poza	3. Cédula ciudadanía	1084219539154	Carmen Yolanda Poza Narvaez	1. Telefónico pedagógico	3332736336	10:00	10:10	SI	4	1	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 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	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA		16,11 y13	12/10/2020	9:00
2	SI	NO	7.Otro	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA		16,11 y13	12/10/2020	9:00
3	SI	NO	7.Otro	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO NO APLICA	NO NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA	NO SI / NO / NO APLICA		16,11 y13	12/10/2020	10:00
4																
5																
6																
7																
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

ANGI PAOLA ROJAS VACCA

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AS.LM5.PP	2/04/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información Pública	

ANGI PAOLA ROJAS VACCA

Firma del agente educativo

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFONICO

F1.AS.LMS.PP | 3/06/2020
Versión 3 | Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública

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

Fecha: 10/6/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CAMINOS DE ESPERANZA 1

Código Unidad de Servicio (UDS): 8980020118330

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" , indique ¿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 medico	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	1.116.923.178	DILAN MAURICIO VALENCIA SEPULVEDA	2. Cédula ciudadanía	1.024.575.369	MONICA LILIANA VALENCIA SEPULVEDA	4. Telefónico salud y nutrición	3112542618	14:00	14:20	SI	12	2	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SE REALIZO LLAMADA TELEFÓNICA A LA MADRE DEL NIÑO DILAN MAURICIO VALENCIA, POR CUESTIÓN DEL SUMINISTRO DESPARASITANTE, DONDE LA MADRE COMENTA QUE LE ESTÁ DANDO PURGANTE DESDE CASA COMPRADO POR PARTE DE ELLOS, CON ESO LO ESTAMOS DESPARASITANDO AL NIÑO,SE FORTALECE DE LA CARTILLA DE MIS MANOS SE ENSEÑAN LAS	3 5	13/10/2020	7:40
2	1.126.457.784	ALISSA HASLEY VELA PINCHAO	2. Cédula ciudadanía	41.116.500	MIRIAM MARLENE PINCHAO MUESES	4. Telefónico salud y nutrición	3209375715	14:25	14:40	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	LA NIÑA ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SE REALIZO LLAMADA TELEFÓNICA A LA MADRE DEL NIÑO ALISSA HASLEY VELA PINCHAO, POR CUESTIÓN DEL SUMINISTRO DESPARASITANTE, DONDE LA MADRE COMENTA QUE LE ESTÁ DANDO PURGANTE, VITAMINAS, HIERRO, YA DESDE CASA COMPRADO POR PARTE DE ELLOS, CON ESO LO ESTAMOS DESPARASITANDO LA NIÑA, SE FORTALECE DE LA CARTILLA DE MIS MANOS DE	3 5	13/10/2020	8:00
3	1.126.458.466	SAMARA BELEN FAJARDO CHAVEZ	2. Cédula ciudadanía	41.125.524	SONIA MIREYA CHAVEZ RODRIGUEZ	4. Telefónico salud y nutrición	3142527330	15:00	15:25	SI	6	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	LA NIÑA ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SE REALIZO LLAMADA TELEFÓNICA A LA MADRE DEL NIÑO SARA BELEN FAJARDO CHAVEZ, POR CUESTIÓN DEL SUMINISTRO DESPARASITANTE, DONDE LA MADRE COMENTA QUE LE ESTÁ DANDO PURGANTE, VITAMINAS, HIERRO, YA DESDE CASA COMPRADO POR PARTE DE ELLOS, CON ESO LO ESTAMOS DESPARASITANDO LA NIÑA, SE FORTALECE DE LA CARTILLA DE MIS MANOS DE	3 5	13/10/2020	8:15
4	1.126.457.746	ELISABETH SALAZAR MORENO	2. Cédula ciudadanía	43.992.945	FRANCY ELENA SALAZAR MORENO	4. Telefónico salud y nutrición	3115435942	15:45	16:00	SI	3	1	0	0	SI	SI	4	SI	NO	7. Otro	LA NIÑA ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SE REALIZO LLAMADA TELEFÓNICA A LA MADRE DEL NIÑO ELISABETH SALAZAR MORENO, POR CUESTIÓN DEL SUMINISTRO DESPARASITANTE, DONDE LA MADRE COMENTA QUE LE ESTÁ DANDO PURGANTE, VITAMINAS, HIERRO, YA DESDE CASA COMPRADO POR PARTE DE ELLOS, CON ESO LO ESTAMOS DESPARASITANDO LA NIÑA,SE FORTALECE DE LA CARTILLA DE MIS MANOS DE ENSEÑAN LAS PRACTICA N°3–5	3 5	13/10/2020	hh:mm
5	1.126.458.550	IVIS VALERIA ROMERO JIMENEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.448.714	YENY VERONICA JIMENEZ DIAZ	4. Telefónico salud y nutrición	3125110008	9:00	9:18	SI	4	1	0	0	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	LA NIÑA ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MADRE MANIFIESTA QUE LA NIÑA SE ENCUENTRA BIEN DE SALUD Y LE ESTA OFRECIENDO EL VITALAC QUE SE LE ENTREGO AHORA EN LOS RRP DE SEPTIEMBRE Y LE AGUSTADO BASTANTE ESTA CONSUMIENDO 1 DARIO EN CASA, LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 2-3 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	2 5	13/10/2020	7:45
6	1.140.015.462	ROBINSON ANDRES CARVAJAL BRAVO	2. Cédula ciudadanía	1.126.458.720	JISETH CAMILA BRAVO DIAZ	4. Telefónico salud y nutrición	3156492476	9:20	9:39	SI	3	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MADRE MANIFIESTA QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA BIEN DE SALUD Y LE ESTA OFRECIENDO EL VITALAC QUE SE LE ENTREGO AHORA EN LOS RRP DE SEPTIEMBRE Y LE AGUSTADO BASTANTE ESTA CONSUMIENDO 1 DARIO EN CASA, LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 2-3 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	2 5	13/10/2020	8:00
7	1.140.015.654	HERNESTO ESNEIDER ZARUMA QUINTERO	2. Cédula ciudadanía	41.120.562	SANDRA MILENA QUINTERO	4. Telefónico salud y nutrición	3219875705	9:45	10:05	SI	6	1	0	0	SI	SI	3	SI	NO	7. Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MADRE MANIFIESTA QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA BIEN DE SALUD Y LE ESTA OFRECIENDO EL VITALAC QUE SE LE ENTREGO AHORA EN LOS RRP DE SEPTIEMBRE Y LE AGUSTADO BASTANTE ESTA CONSUMIENDO 1 DARIO EN CASA, LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 2-3 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	2 5	13/10/2020	8:15
8	1.123.333.917	WILSON STEBAN PANTOJA ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1.123.335.141	JESSICA PAOLA ROSERO GOMEZ	4. Telefónico salud y nutrición	3208551565	10:15	10:35	SI	4	2	0	0	SI	SI	4	SI	NO	7. Otro	EL NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MADRE MANIFIESTA QUE SE ENCUENTRA CON EL NIÑO EN PUERTO ASIS EN LA CLINICA UNIMEDICAL, DESDE 2 HACIENDOLE TERAPIAS FISICAS DEL BRAZO IZQUIERDO EN LAS CUALES SON 20 QUE LE ENVIO ORTOPEDIA, LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 3-12 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	3 12	13/10/2020	8:30
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

RODRIGO ALBERTO PEÑA
Firma del agente educativo

RODRIGO ALBERTO PEÑA
Firma del agente educativo

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

La información contenida en este documento es confidencial y de uso exclusivo de la Unidad de Servicio y de la Secretaría de Salud del Departamento de Nariño. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier distribución, copia o uso de esta información está prohibida y sancionada según la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios.

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

La información contenida en este documento es confidencial y de uso exclusivo de la Unidad de Servicio y de la Secretaría de Salud del Departamento de Nariño. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier distribución, copia o uso de esta información está prohibida y sancionada según la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios.