	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: 7/10/2020

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						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 fruta y verdura 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 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 ambientales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Focos/as 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	1016090909993	DANIEL FELIPE LEON BARRANCO	Cedula ciudadania	1.193.090.863	ELISELA LEON BARRANCO	1.Telefonico pedagógico	3144782188	11:00	11:11	SI	3	1	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		10,11,12	14/10/2020	11:00
2	1122605581139	ANNI JESID CUARAN CASANOVA	Cedula ciudadania	49.109.956	ANGGIE PAOLA CASANOVA	1.Telefonico pedagógico	3003676928	12:00	12:22	SI	4	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		10,11,12	14/10/2020	12:00
3	1.035531728	JHOSEP MATIAS BOTINA CHAVEZ	Cedula ciudadania	1.004.770.882	ERIKA MARIA CHAVEZ VASQUEZ	1.Telefonico pedagógico	3115818739	11:00	11:11	SI	6	1	0	1	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		10,11,12	14/10/2020	11:00
4																	4													
5																	5													
6																	6													
7																	7													
8																	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

NELSY KARIME RENGIFO JURADO

Firma del agente educativo

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

Cualquier copia impresa de este documento es un documento no controlado CONTROLADO ESTE

NELSY KARIME RENGIFO JURADO

Firma del agente educativo

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

Cualquier copia impresa de este documento es un documento no controlado CONTROLADO ESTE

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

Fecha: 7/10/2020

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	1.145215.510	EMILY SOFIA BRAVO GRAFE	2. Cédula ciudadanía	1.126.456.880	LEIDY SOFIA GRAFE FLORES	1. Telefónico pedagógico	3134470221	8:00	9:05	SI	5	2	1	0	SI	SI
2	1.124.886.378	THINGO ANDRES ORTIZ RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1.124.862.864	ANGGIE MELISSA RODRIGUEZ ESCOBAR	1. Telefónico pedagógico	3105655585	8:25	9:40	SI	4	2	0	0	SI	SI
3	1.124.458.174	HEIDY JHARITZA TAMAYA JIMENEZ	2. Cédula ciudadanía	1.125.458.674	FRANZIELI YHOSELINE JIMENEZ FERNANDEZ	1. Telefónico pedagógico	3104421882	9:00	9:45	SI	3	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 aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Abertas recidas) 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		15,11 y 13	13/10/2020	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		15,11 y 13	13/10/2020	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		15,11 y 13	13/10/2020	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: 7/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680020100201

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	108274945 9	ELIP JHOVANNA MELO BASANTE	2. Cédula ciudadanía	1.126. 444 687.	JOHANA XIMENA BASANTE ERAZO	1.Telefónico pedagógico	3116876483	8:00	8:20	SI	4	1	0	0	SI	SI
2	1140015462	ROBINSON ANDRES CARVAJAL BRAVO	2. Cédula ciudadanía	1 126 450 720	JISETH CAMILASRAVO DIAS	1.Telefónico pedagógico	3156492476	8:25	8:45	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1140015470	JOSEPH SANTIAGO JURADO MELO	2. Cédula ciudadanía	1.126.444.880	ALJALUCY MELO BURUNO	1.Telefónico pedagógico	3202006409	9:00	9:20	SI	4	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 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	NO	7. Otro	EL MENOR MANTIENE SU ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA ACORDE A SU EDAD	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	14/10/2020	8:00
2	SI	NO	7. Otro	EL MENOR MANTIENE SU ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA ACORDE A SU EDAD	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	14/10/2020	8:25
3	SI	NO	7. Otro	EL MENOR MANTIENE SU ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA ACORDE A SU EDAD	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	14/10/2020	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

FANY CABEZAS ANGULO

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AL.LM1.PP	2/09/2020
REPÚBLICA DOMINICANA		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	F1.AL.LM5.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: 7/10/2020

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

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	1077243496	Yancarlos Caicedo Quintero	2. Cédula ciudadanía	1.075.260.970	Katherine Quintero Barrios	1. Telefónico pedagógico	3168767118	8:00	8:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1120142926	Maria Jose Tutistcha Cortes	2. Cédula ciudadanía	1.120.453.156	Mirayori Cortes Folgado	1. Telefónico pedagógico	3217164574	9:20	9:35	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	1120164865	Samuel Felipe Rosero Canas	2. Cédula ciudadanía	1.006.887.212	Brigit Dayana Canas	1. Telefónico pedagógico	3128914188	9:00	9:18	SI	4	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 visitadas 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	14/10/2020	8:00
2	NO	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	14/10/2020	9:20
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11, 12	14/10/2020	9:00
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

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!

Protejamos nuestro medio ambiente, imprimiendo solo cuando sea estrictamente necesario.

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CORPORACIÓN COMFAMILIAR HUILA Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CAJA. ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013.

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

Protejamos nuestro medio ambiente, imprimiendo solo cuando sea estrictamente necesario.

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CORPORACIÓN COMFAMILIAR HUILA Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CAJA. ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013.

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

Fecha: 7/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686000100321

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	1122213601	WILLINTON ALEXANDER MARTINEZ ANZOLA	2. Cédula ciudadanía	106. 697.492	YURY ANDREA ANZOLA SEGURA	1. Telefónico pedagógico	3128423431	8:00	9:00	SI	7	1	0	0	SI	SI
2	1143013287	KAVLIN GIANNA PEREZ DAAZA	2. Cédula ciudadanía	1. 1123.311.642	DANELA DAHIAA TEHUAY	1. Telefónico pedagógico	3208680177	8:00	9:00	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1122454669	KAKCARLOS MARTINEZ SOLARTE	2. Cédula ciudadanía	1.123.456.891	KEILY DANIELA SOLARTE QUIROZ	1. Telefónico pedagógico	3216810120	9:00	9:00	SI	6	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 seleccionar 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 recidas) 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	ESTA AL DIA CON LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11, 13	14/10/2020	9:00
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, 13	14/10/2020	9:00
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, 13	14/10/2020	9:00
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

GILMA CNS 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 CNS CORDOBA

Firma del agente educativo

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

Propiedad exclusiva de Fundación Saldarriaga Concha. Prohibida su reproducción total o parcial, por cualquier medio o con cualquier propósito sin su autorización escrita.

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

Fecha: 7/10/2020

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	1127645189/27	Yoiery Selome Rodriguez Hernandez	2. Cédula ciudadanía	1033099137	Briana Paola Hernandez Arrieta	1. Telefónico pedagógico	3122796058	9:00	9:10	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1122333/4578	Thian Camilo Cuaran Cortes	2. Cédula ciudadanía	1.135.440.774	Edinson Obalmer Cuaran Cuaran	1. Telefónico pedagógico	3124727208 3007982900	9:00	9:10	SI	6	1	0	0	SI	SI
3	1129/456/33	Ariadna Ortiz Perez	2. Cédula ciudadanía	27330448	Diana Maritza Ortiz Perez	1. Telefónico pedagógico		10:00	10:10	SI	6	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. (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	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11, 12	14/10/2020	9:00
2	SI	NO	7.Otro	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11, 12	14/10/2020	9:00
3	SI	NO	7.Otro	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10, 11, 12	14/10/2020	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
REPÚTTUM FAMILIAR		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!

La información contenida en este documento es propiedad de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar - COMFAMILIAR CARTAGENA. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar - COMFAMILIAR CARTAGENA. Código: FI.AS.LM5.PP Versión 3