	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AI.LM3.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: 8/12/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8000201002201

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	1127605423	DILAN SANTIAGO CUARAN MUESES	Cedula ciudadania	1.005.896.448	EDIASON DAHSRAINA CUARAN	1.Telefonico pedagogico	3104128084	8:00	8:31	Si	6	2	0	0	Si	Si
2	1122342970	ELETTE ARISBETH TORO GIRON	Cedula ciudadania	1.125.446.022	JESUS ANTONIO TORO SOLARTE	1.Telefonico pedagogico	3178870440	8:35	9:00	Si	5	1	0	2	Si	Si
3								hh:mm	hh:mm							
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 sanitarias) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Prevalas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sobrantarismo) 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 NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	12/10/2020	7:30
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		10,11,12	12/10/2020	7:30
3															dd/mm/aaaa	hh:mm
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

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!

Cualquier copia impresa de este documento es un documento no controlado CONTROLADO ESTE
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER UTILIZADOS PARA LOS FINES PREVISTOS EN LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013

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

Cualquier copia impresa de este documento es un documento no controlado CONTROLADO ESTE
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO SON CONFIDENCIALES Y SOLO PUEDEN SER UTILIZADOS PARA LOS FINES PREVISTOS EN LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013

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

Fecha: 8/10/2020

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	1.120071.035	YERALDY LIZZEY RIDELO VARGAS	2. Cédula ciudadanía	1.122.341.814	MARIA ELIZABETH VARGAS BECERRA	1. Telefónico pedagógico	3208230865	8:00:00	08:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1.140.015.590	EVELYN VALERIA RAMOS SANCHEZ	2. Cédula ciudadanía	1.135.457.120	KENNY YULISA SANCHEZ OLIVEIRA	1. Telefónico pedagógico	3115170266	8:25	8:40	SI	7	2	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de 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 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		10,11 y13	16/10/2020	9:30
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		10,11 y13	16/10/2020	9:30
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9					0	0									dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

YURI JHOANA FERNANDEZ JURADO

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AS.LM5.PP	2/04/2020
REPUTTAR FAMILIAR		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!

Propiedad exclusiva de Reputtar Familiar S.A.S. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización escrita de Reputtar Familiar S.A.S. Todo incumplimiento de esta norma será sancionado por la ley. Copia Controlada Sistema SIGI. Fecha de actualización: 2 de abril de 2020

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

Fecha: 8/12/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680020010231

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	1126457746	ELISABETH GALADARIORENO	2 Cédula ciudadanía	45.992.945	FANNY CLEMA GALADARI MORENO	1. Telefónico pedagógico	3115435942	8:30	8:50	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1 140 015 571	DAVID EMANUEL RAMIREZ BOTINA	2 Cédula ciudadanía	100 699 8366	ANGELA JULIETH BOTINA GUEVARA	1. Telefónico pedagógico	313 8982569	9:00	9:20	SI	4	1	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES										VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , 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 respiratoria en el hogar	21.Número de personas viviendas 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	MANTENIE SU ESQUEMA DE VACUNACION A CDA ACORDE A SU EDAD	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	15/12/2020	9:30
2	SI	NO	7. Otro	MANTENIE SU ESQUEMA DE VACUNACION A CDA ACORDE A SU EDAD	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		10,11,12	15/12/2020	10:00
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9					0	0										dd/mm/aaaa	hh:mm
10																dd/mm/aaaa	hh:mm
11																dd/mm/aaaa	hh:mm
12																dd/mm/aaaa	hh:mm
13																dd/mm/aaaa	hh:mm
14																dd/mm/aaaa	hh:mm
15																dd/mm/aaaa	hh:mm
16																dd/mm/aaaa	hh:mm
17																dd/mm/aaaa	hh:mm
18																dd/mm/aaaa	hh:mm
19																dd/mm/aaaa	hh:mm
20																dd/mm/aaaa	hh:mm
21																dd/mm/aaaa	hh:mm
22																dd/mm/aaaa	hh:mm
23																dd/mm/aaaa	hh:mm
24																dd/mm/aaaa	hh:mm
25																dd/mm/aaaa	hh:mm

FANY CABEZAS ANGULO

Firma del agente educativo

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

FANY CABEZAS ANGULO

Firma del agente educativo

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

La información contenida en este documento es propiedad de la Fundación Nacional Infantil Nonuljm y su uso indebido será sancionado de acuerdo con la ley. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización.

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

Fecha: 8/10/2020

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	SD	ARANZA VALENTINA MOLINA MORERA	3. Cedula de extranjeria	SD	KARLY LUGMAN MORERA SEQUEIRA	1. Telefonico pedagogico	3176347739	8:00	9:00	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1030023302	SHARICL LISSBETH GUAN MAYAN ROSERO	2. Cédula ciudadanía	49.145.052	LUZ ANGELICA ROSERO MEDINA	1. Telefonico pedagogico	3175218916	8:00	9:00	SI	7	3	0	0	SI	SI
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, 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 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 12	12/10/2020	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 12	12/10/2020	8: 40
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9					0	0									dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

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!

La información contenida en este documento es propiedad de la Fundación Red Familia y no puede ser reproducida sin autorización.

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

Fecha: 8/12/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8585001100321

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	1006203286	Erick Sanci Cuaran Cuellar	2. Cédula ciudadanía	1006546272	Doris Maricel Cuellar Trejo	1. Telefónico pedagógico	3122320830	9:00	9:10	SI	10	2	0	2	SI	SI
2	1143515685	Zoe Valentina Toser Chamorro	2. Cédula ciudadanía	1.135.444.825	Aida Cruz Chamorro Potosi	1. Telefónico pedagógico	3221838026	10:00	10:10	SI	5	1	0	0	SI	SI
3	1126543937	Laura Valentina Mendez Rivera	2. Cédula ciudadanía	1126.454.839	Maici Sugey Rivila Cuellar	1. Telefónico pedagógico	3165536280	11:00	11:10	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, 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. (Abetas recidas) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abetas 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 APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11, 12	10/12/2020	9:00
2	SI	NO	7.Otro	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11, 12	10/12/2020	10:00
3	SI	NO	7.Otro	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10, 11, 12	10/12/2020	11:00
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

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

Proteger y respetar los derechos de autor implica buscar la autorización necesaria para reproducir o emplear obras protegidas, así como cumplir plenamente las disposiciones que regulan los derechos de autor. Todo material empleado debe usarse respetando las normas de derechos de autor

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FT.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!

Proteger y respetar los derechos de autor implica buscar la autorización necesaria para reproducir o emplear obras protegidas, así como cumplir plenamente las disposiciones que regulan los derechos de autor. Todo material empleado debe usarse respetando las normas de derechos de autor

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

Fecha: 8/10/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8680020100331

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	1.124.866.378	THIAGO ANDRES ORTIZ RODRIGUEZ	2. Cédula ciudadanía	1.124.862.964	ANGGI MELISA RODRIGUEZ ESCOBAR	4. Telefónico salud y nutrición	3104772148	9:05	9:22	SI	4	2	0	0	SI	SI
2	SD	DUGLIANGELIN SUSJE ZERPA ROJAS	2. Cédula ciudadanía	SD	ANGELIARAN ROJAS REYNOZA	4. Telefónico salud y nutrición	3133747274	9:25	9:40	SI	7	3	0	0	SI	SI
3	1.107.001.179	THIAGO SMITH ENCISO TRUJILLO	2. Cédula ciudadanía	1.126.455.637	FRANCI FERNANDA TRUJILLO ALVARADO	4. Telefónico salud y nutrición	3223227808	9:43	10:00	SI	6	1	0	0	SI	SI
4	1.087.830.408	YERAHT DUVAN MONSALVE GUERRERO	2. Cédula ciudadanía	1.087.199.905	KAREN YULIANA GUERRERO PRECIADO	4. Telefónico salud y nutrición	3226034938	10:05	10:22	SI	6	1	0	0	SI	SI
5	1.090.353.286	ERICK SAMIR CUARAN CUELTAN	2. Cédula ciudadanía	1.094.946.272	DORIS MARICIEL CUELTAN TRUJO	4. Telefónico salud y nutrición	3134102810	13:32	13:50	SI	4	1	0	0	SI	SI
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. (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 alimenticios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimenticios – 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 NIÑO ESTA AL DIA EN LAS VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 5-8 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	5 8	14/10/2020	7:45
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	LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 5-8 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	5 8	14/10/2020	8:00
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	LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 5-8 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	5 8	14/10/2020	8:25
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	LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 5-8 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	5 8	14/10/2020	8:55
5	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 LLEVO NIÑO AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DONDE EL MEDICO MANIFIESTA QUE SE ENCUENTRA EN BAJO DE PESO Y TALLA Y LE ENVIO ANTIPARASITARIOS, CHALE BUENO HABITOS ALIMENTICIOS EN EL HOGAR. LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN EL CUAL SE ORIENTA EN LAS PRACTICAS 1-2-5 DE MIS MANOS TE ENSEÑAN	1 2 5	14/10/2020	9:25
6																
7																
8																
9					0	0									dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

RODRIGO ALBERTO PEÑA

Firma del agente educativo

RODRIGO ALBERTO PEÑA

Firma del agente educativo

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

Versión controlada: Este documento es propiedad de Fundación Dulce Amanecer. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización.