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

Fecha: 16/10/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): CARACOLES ESPERANZA I

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	1122532870	ELETTE ARISBETH TORO GIRON	Cedula ciudadania	1.125.446.522	JESUS ANTONIO TORO SOLARTE	2.Telefonico seguimiento	3176870497	8:00	8:05	SI	6	1	0	2	SI	SI
2	1124459146	SERGIO ALEJANDRO RASCOS DUNDAR	Cedula ciudadania	1.126.458.596	ROSCALA ISETH DUNDAR ROSALES	2.Telefonico seguimiento	3164868297	8:00	8:05	SI	2	1	0	0	SI	SI
3	1124143787	KALLET GUILLERMO CARDOZO LINARES	40.339.469		MARTHA LILIANA LINARES CONTRERAS	2.Telefonico seguimiento	3163463788	9:45	9:50	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 carne 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.Numero de personas adultas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA	25. Novedad 4. (Sedentarismo) SI / NO / NO APLICA	26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo) SI / NO / NO APLICA	27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios) SI / NO / NO APLICA	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada dd/mm/aaaa	hh:mm
1	SI	NO	7.Otro	EST A AL DIA,SIN LAS VACUNAS ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/10/2020	8:00
2	SI	NO	7.Otro	EST A AL DIA,SIN LAS VACUNAS ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/10/2020	9:20
3	SI	NO	7.Otro	EST A AL DIA,SIN LAS VACUNAS ACORDE ALA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			19/10/2020	9:45
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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

F1.AL.LM/LPP	2/04/2020
Versión 3	Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

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: 16/12/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686000100331

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	1.120.071.035	YERALDYN LIZZEY RIDELO VARGAS	2. Cédula ciudadanía	1.122.341.814	MARIA ELIZABETH VARGAS BECERRA	3. Tweforico seguimiento	3208230665	8:00:00	08:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1.140.015.590	EVELYN VALERIA RAMOS SANCHEZ	2. Cédula ciudadanía	1.126.457.120	KENNY YULISA SANCHEZ GUEVARA	3. Tweforico seguimiento	3115170266	09:00	9:10	SI	7	2	0	0	SI	SI
3	1.124.458.468	DAHIANA DEL CIELO ALARCO CHAVEZ	2. Cédula ciudadanía	41.125.224	EDNA MIREYA CHAVEZ RODRIGUEZ	3. Tweforico seguimiento	3143127220	9:45	10:00	SI	6	1	0	1	SI	SI
4	1.124.458.524	ALEJANDRA SOFIA ROSSERO ROSERO	2. Cédula ciudadanía	1.085.634.921	DIANA MARCELA ROSERO ARTEAGA	3. Tweforico seguimiento	3143618816	10:10	10:20	SI	4	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. (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			20/12/2020	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			20/12/2020	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			20/12/2020	10:30
4	SI	NO	7.Otro	SE ENCUENTRA AL DIA EN VACUNAS ACORDE A LA EDAD QUE TIENE	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/12/2020	11:00
5																
6																
7																
8																
9					0	0									dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

YURI JHOANA FERNANDEZ JURADO

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AS.LMS.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!

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AL.LM5.PP	3/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la información Pública	

	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: FANY CABEZAS ANGULO

Fecha: 16/12/2020

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	1129457745	ELISABETH GALEANO MORENO	2. Cédula ciudadanía	43.990.945	FANNY CYLENA GALEANO MORENO	3. Telefónico seguimiento	3113.435.942	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 8360	ANGELA JULIETH BOTINA QUEVARA	3. Telefónico seguimiento	3113.4467.563	8:00	8:20	SI	4	1	0	0	SI	SI
3	1 144 436 551	KATERIN XIOMARA VARGAS CERON	2. Cédula ciudadanía	36.293.015	IRENE CERON VALDERRAMA	3. Telefónico seguimiento	3234599112	10:30	10:40	SI	5	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 período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de 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. (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	MANTIENE SU ESQUEMA DE VACUNACION ACORDE A SU EDAD	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			22/12/2020	8:30
2	SI	NO	7. Otro	MANTIENE SU ESQUEMA DE VACUNACION ACORDE A SU EDAD	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			22/12/2020	8:00
3	SI	NO	7. Otro	MANTIENE SU ESQUEMA DE VACUNACION ACORDE A SU EDAD	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	La menor continua en la finca con sus padres y su estado de salud es bueno menciona la madre.		22/12/2020	9:30
4																
5																
6																
7																
8																
9					0	0									dd/mm/aaaa	hh:mm
10															dd/mm/aaaa	hh:mm
11															dd/mm/aaaa	hh:mm
12															dd/mm/aaaa	hh:mm
13															dd/mm/aaaa	hh:mm
14															dd/mm/aaaa	hh:mm
15															dd/mm/aaaa	hh:mm
16															dd/mm/aaaa	hh:mm
17															dd/mm/aaaa	hh:mm
18															dd/mm/aaaa	hh:mm
19															dd/mm/aaaa	hh:mm
20															dd/mm/aaaa	hh:mm
21															dd/mm/aaaa	hh:mm
22															dd/mm/aaaa	hh:mm
23															dd/mm/aaaa	hh:mm
24															dd/mm/aaaa	hh:mm
25															dd/mm/aaaa	hh:mm

FANY CABEZAS ANGULO

Firma del agente educativo

FANY CABEZAS ANGULO

Firma del agente educativo

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

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

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

Fecha: 16/12/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8600020103231

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 m ú ltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción m ú ltiple, 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	1120143228	Valery Sofia Chacon Yandun	2. Cédula ciudadanía	1.006.997.253	Valentina Yandun Giron	3. Telefónico seguimiento	3168945498	9:00	9:15	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	1120243184	Sara Yineth Cuaran Mueses	2. Cédula ciudadanía	1.000.986.468	Esmeralda Hermicia Cuaran Mueses	3. Telefónico seguimiento	3143286040	9:20	9:50	SI	6	2	0	1	SI	SI
3	1120457537	Sara Elizabeth Bermudez Jaujibioy	2. Cédula ciudadanía	1.122.763.671	Adriana patricia Jaujibioy Arebalo	3. Telefónico seguimiento	3104439716	9:40	9:55	SI	3	1	0	0	SI	SI
4	1120142162	Samuel Cabrera Romo	2. Cédula ciudadanía	41.119.760	Alida Cabrera Romo	3. Telefónico seguimiento	3164536760	9:20	10:00	SI	7	1	0	0	SI	SI
5																
6																
7																
8																
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, 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 m ú ltiple, 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			20/10/2020	9:00
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/10/2020	9:30
3	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/10/2020	9:00
4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/10/2020	9:20
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

Firma del agente educativo

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AC.LM3.PP	3/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

LADY MILEN VILLOTA

Firma del agente educativo

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

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

Fecha: 15/12/2020

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

Código Unidad de Servicio (UDS): 8580001001201

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	1140915432	SARA CAMILA MEJIA RUIZ	2. Cédula ciudadanía	1.123.837.232	LEIDY ANDREA RUIZ ALBAN	3. Telefónico seguimiento	3146587763	8:20	8:55	SI	5	2	0	0	SI	SI
2	1123164801	KATERIN SOFIA VILLANO ICONDA	2. Cédula ciudadanía	1.126.451.875	ADGE FABDINER CONDAGUADAQUILLO	3. Telefónico seguimiento	3146350923	9:00	9:10	SI	3	1	0	0	SI	SI
3	SD	ARANZA VALENTINA MOLINA ARREGA	3. Cedula de extranjeria	SD	KARLY LUISIANA ARREGA SEGERRA	3. Telefónico seguimiento	3175347730	9:15	9:30	SI	3	1	0	0	SI	SI
4	1039933932	SHAROL LISETH GUALMATAN ROSERO	1. Tarjeta de identidad	41.145.932	LUZ ANGELICA ROSERO MEDINA	3. Telefónico seguimiento	3128894168	9:35	9:45	SI	7	3	0	0	SI	SI
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", 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. (Frecuentes 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			20/10/2020	9:30
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			20/10/2020	9:50
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			20/10/2020	10:00
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			20/10/2020	9:20
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 CNIS CORDOBA

Firma del agente educativo

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AL.LM3.PP	3/09/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

GILMA CNIS 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: 16/12/2020

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	1094307764	Ariana Andrea Figueroa Moreno	2. Cédula ciudadanía	94944938	Jeneth Diaz Gomez	3. Telefónico seguimiento	3107508936	9:00	9:10	SI	3	1	0	0	SI	SI
2	NO	Jose Alberto Moreno Barcos	6. Sin Información	NO	Jesus Jose Valero Ortiz	3. Telefónico seguimiento	3205438256	9:00	9:10	SI	3	1	1	0	SI	SI
3	1127454228	Nathalia Lopez Espada	2. Cédula ciudadanía	58.177.372	Paola Andrea España Rodriguez	3. Telefónico seguimiento	3102127820	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. (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			20/12/2020	9:00
2	SI	NO	7.Otro	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/12/2020	9:00
3	SI	NO	7.Otro	Vacunacion actualizada de acuerdo a su edad	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO			20/12/2020	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
REPUTTAR 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!