| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD FONTIBON UNIDAD OPERATIVA: JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Párvulos NUIP: 1020010627 NIÑA O NIÑO: Maria José Herrera Suarez.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie Suarez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Suarez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ruiz Ramos.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 29/5/21 | 7:40 | J.I San Pablo (salón par A 4B) | El día de hoy la Señora Angie suarez mamá de la participante realiza compromiso daumental en donde se le recuerda que aun tiene pendiente por entregar certificado de crecimiento y desarrollo a lo que refiere la Señora Angie: "si profe, ya estoy solicitando nuevamente la cita" así pues finalmente la Señora Angie lee y firma la novedad y de esta manera se da cierre a la misma. "en este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ruiz R. Profesional en A.P.I | Angie Suárez 1120120 1018092620 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza. SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1020010627 NIÑA O NIÑO: María José Herrera Suarez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie Suarez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Suarez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Cel R

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Se realizó activación de póliza: SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI _____ NO _____

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | No Aplica |

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Se realizó activación de póliza: SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI _____ NO _____

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Se realizó activación de póliza: SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI _____ NO _____

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Se realizó activación de póliza: SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI _____ NO _____

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica . | no Aplica |

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1020010803 NIÑA O NIÑO: Thiago David sosa vasquez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Saray vasquez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Saray vasquez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ruiz.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 29/5/24 | 8:00 | J.I San Pablo (Salon Pai A y B) | El dia de hoy, la señora Saray mamá del participante realiza firma del compromiso en donde se le recuerda que aun tiene pendiente por entregar certificado de crecimiento y desarrollo, a lo que ella refiere: "Si profe ya estoy pidiendo las citas medicas" asi pues la señora Saray lee y firma el compromiso junto con la novedad y de esta manera se da cierre a la misma. "en este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ruiz Profesional en A.P.I | Saray vasquez. C. 1193222788. |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** _FONTIBON_ **UNIDAD OPERATIVA:** _JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES_ **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** _GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1020001080 23 NIÑA O NIÑO: Thiago David Rosa Vasquez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Saray Vasquez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Saray Vasquez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paula Ortiz R.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta SI _____ NO _____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI _____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI _____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica. | No Aplica. |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1020005803 NIÑA O NIÑO: Jhon fredy Silvestre Lopez.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie lopez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Lopez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ortiz R

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 14/5/21 | 16:10 | J.I San Pablo (salón Par A y B) | El dia de hoy, la señora Angie Lopez mamá del participante realiza firma del compromiso, en donde se le recuerda que aun tiene pendiente entregar los siguientes documentos: certificado medico crecimiento y desarrollo, tamizaje visual y auditivo, certificado odontologico, de tal manera que la profesional le recuerda que luego del tercer compromiso, se realizara remisión a psicologia, finalmente la señora Angie lee y firma la novedad y de esta manera se da el cierre a la misma. "En este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ortiz R Profesional en Atención P. I | Angi Lopez 1001612537 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1020011241 NIÑA O NIÑO: Jhon Freddy Silvestre Lopez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie lopez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Lopez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Cel R

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1242[illegible]31. NIÑA O NIÑO: Margis Johana Martinez Garcia

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Giselle Garcia

ACUDIENTE PRINCIPAL: Giselle Garcia PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ortiz

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 17/5/24 | 7:10 | J.I san Pablo (salón par A y B) | El dia de hoy, la Señora Giselle realiza firma del Compromiso en donde se le menciona que tiene pendiente por entregar los siguientes documentos: certificado medico, crecimiento y desarrollo, tamizaje visual y auditivo, certificado odontologico, de tal manera que la profesional le menciona que luego del tercer compromiso, se realiza remision a psicologia, finalmente la Señora Giselle lee y firma la novedad y de esta manera se da cierre a la misma. "En este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ortiz Ramirez / Prof. A.P.I | Giselle Garcia Gonzalez 1.001885799 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1242488831 NIÑA O NIÑO: Margis Johanna Martinez Garcia

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Giselle Garcia

ACUDIENTE PRINCIPAL: Giselle Garcia PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ccel R

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta. SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | No Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1020010334 NIÑA O NIÑO: Dominic Mercado Cogollo.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Martina Cogollo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Martina Cogollo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ariel R.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 15/5/24 | 8:40 | J.I San Pablo (salón Par A y B) | El día de hoy, la Señora Martina, realiza entrega de certificado medico y así mismo se le recuerda que aun tiene pendiente por entregar, certificado odontologico, Tamizaje visual y auditivo, como certificado de crecimiento y desarrollo, a lo cual la Señora Martina refiere: "profe ya estoy solicitando las citas que me faltan" asi pues la señora Martina lee y firma la novedad y de esta manera se da cierre a la misma,. "En este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ariel Ramirez / Profesional en A. P. I | Martina Cogollo Din 1049899507 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 15/5/24 | 16:20 | J.I San Pablo (salón Par A y B) | Siendo las 16:20 la señora Martina realiza la firma del compromiso en donde se le recuerda que aun tiene pendiente por entregar Certificado de crecimiento y desarrollo, Tamizaje visual y auditivo, y Certificado odontologico, como tambien se le informa que luego del tercer Compromiso se realizara remision a psicologia, finalmente la Señora Martina lee y firma la novedad y asi mismo se realiza el cierre de la misma. "En este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ariel Ramirez / Profesional en A. P. I | Martina Cogollo din 1049899507 04 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Codigo FOR-PSS-309<br>Version: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD _FONTIBON_ UNIDAD OPERATIVA: _JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES__ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA __GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Párvulos NUIP: 1020010334 NIÑA O NIÑO Damaris Mercado Cogollo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Maihna Cogollo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Maihna Cogollo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Duque Gb R

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizo activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizo activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizo activación de póliza: SI ____ NO | Se realizo activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizo activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizo activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizo activación de póliza: SI ____ NO | Se realizo activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1051364702 NIÑA O NIÑO: Juanyelis Perez Herrera.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO. Anyis Paola Herrera

ACUDIENTE PRINCIPAL Anyis Paola Herrera PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ocel R.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 29/5/24 | 7:50 | U.I San Pablo (Salón Par A y B) | El día de hoy, la señora Paola Herrera, mamá de la participante realiza Compromiso en donde se le recuerda que aun tiene pendiente por entregar: Certificado crecimiento y desarrollo, Tamizaje visual, auditivo y certificado médico general, así pues la señora Paola refiere: "si profe ya estoy pidiendo citas, es que no había tenido tiempo", así, pues finalmente la señora Paola lee y firma la novedad y de esta manera se da cierre a la misma. "En este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ocel R Profesional en A.P.I | Anyis Paola Herrera 1045304482 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0 |
|---|---|---|

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD: FONTIBON UNIDAD OPERATIVA: JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1051364702 NIÑA O NIÑO: Junionyelis Perez Herrera.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yadis Herrera.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yadis Herrera PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Cesu R.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1029155121 NIÑA O NIÑO: Ian Josue Avila Muñoz

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Miguel Angel Avila

ACUDIENTE PRINCIPAL: Miguel Angel Avila PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Que R.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 29/5/24 | 7:10 | J.I San Pablo (salón par A 4B) | El día de hoy, la profesional en atención a la primera infancia, le reweida al señor Miguel Angel, papá de l participante que aun tiene los siguientes documentos por entregar: certificado crecimiento y desarrollo, certificado afliacion a la eps así pues el señor Miguel refiere: "profe estamos ya en el trámite del certificado" finalmente el señor Miguel lee y firma la novedad y compromiso y de esta manera se da cierre a la misma.<br>"En este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Que R / Profesional en A.p.i | Miguel Angel Avila Castro 1077920597 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Pampos NUIP: 1029155121 NIÑA O NIÑO: Jan Sosve Avila Munoz

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Miguel Avila

ACUDIENTE PRINCIPAL: Miguel Avila PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Cay

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: FONTIBON UNIDAD OPERATIVA: JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1016121420 NIÑA O NIÑO: Thoan Sebastian Hurtado peña

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Tatiana peña

ACUDIENTE PRINCIPAL: Tatiana peña PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ocu Ramos.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 29/5/24 | 7:20 | J1 San Pablo (salón Par A 4B) | El día de hoy, la Señora Tatiana realiza entrega de la actualización de crecimiento y desarrollo en donde tambien se le recuerda que tiene pendiente por entregar certificado odontologico, asi pues se realiza compromiso y la Señora Tatiana refiere: "profe ya me dieron la cita pero hasta el otro mes" alrededor de esto la señora Tatiana lee la novedad y realiza firma de la misma, de tal manera que se da cierre a la novedad. "En este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ocu R/ Profesional en A.p.1 | Tatiana Peña 1016538457. |

6.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ___ NO | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ___ NO | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ___ NO | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** _FONTIBON_ **UNIDAD OPERATIVA:** _JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES_ **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** _GIOVANNA M. MARIN V

NIVEL: Parvulos NUIP: 1016121420 NIÑA O NIÑO: Jhoan Sebastian Hurtado peña

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Tahana peña

ACUDIENTE PRINCIPAL: Tahana peña PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Cruz R.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta. SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica. | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD FONTIBON UNIDAD OPERATIVA: JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: 1057070269 NIÑA O NIÑO: Chantal Alejandra Ron Avila

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Barbara Avila

ACUDIENTE PRINCIPAL: Barbara Avila PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Ort R.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 29/5/24 | 8:15 | J.I San Pablo (Salón Par A y B) | El día de hoy, la señora Barbara realiza firma del compromiso en donde se le recuerda que aun tiene pendiente por entregar: "Certificado de crecimiento y desarrollo, certificado afiliación eps, a lo que la señora Barbara refiere: " profe ya estoy volviendo a pedir cita y mirando como saco el certificado" así pues la señora Barbara lee y firma la novedad y de esta manera, se da cierre a la misma.<br>"En este espacio no se registra novedad" |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Daniela Ort Ramirez / Profesional en A.P. | Barbara Alejandra Avila Lopez |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE. CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

**LOCALIDAD** FONTIBON **UNIDAD OPERATIVA:** JARDIN SANPABLO MANITO SUNIDADES **RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:** GIOVANNA M. MARIN V.

NIVEL: Parvulos NUIP: CO570269 NIÑA O NIÑO: Chantal Alejandra Ron Avila

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO. Baibara Avila

ACUDIENTE PRINCIPAL: Baibara Avila PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Daniela Cruz R.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO Aplica | NO Aplica | NO Aplica | No Aplica |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| No Aplica. | No Aplica |

Powered by CamScanner