



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL  
FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309

Versión: 0

Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021

Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Bosa UNIDAD OPERATIVA: J.I. Raíces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohara Pedraza

NIVEL: Parvulos A NUIP: 1024612626 NIÑA O NIÑO: Nelis Adrian Morales Cabrera

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Laura Vanessa Cabrera

ACUDIENTE PRINCIPAL: Laura Cabrera PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Claudia Suarez / Ledy Martinez

| TIPO DE NOVEDAD                                                        |      |                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | 5                                                    | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                  | HORA | LUGAR                       | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| 12/06<br>2024                                                          | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos | Siendo las 9:10 del día 12/06/24 la profesional de atención a primera infancia Ledy Martinez se comunica vía telefónica con la señora Laura Cabrera al número celular 3001775732 para saber por qué no vino el niño a lo cual refiere "que la hermana no tenía clase y el papá se los llevó" Se le indica a la mamá la importancia de cumplir con los horarios del jardín, la madre acepta y comprende la información. Finalización de registro. |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    |      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| Profesional de atención a primera I.<br>Ledy Martinez Moreno / Ledy M. |      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5                                                    | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                          | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 13/06<br>2024                                                                  | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9:10 del día 13/06/24 la profesional de atención a primera infancia Ledy Martinez se comunica vía telefónica con la señora Laura Cabrera al número celular 3001775732 para saber porque no vino el niño al jardín a lo cual refiere "profe, el niño aún está con el papá" Se le recuerda a la mamá la importancia de la asistencia del niño al jardín. La madre acepta y comprende que la información suministrada queda registrada bajo novedad. Finalización del registro. |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD            |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| Profesional de atención a primera infancia<br>LEIDY MARTINEZ MORENO / LEIDY M. |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5                                                    | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|-------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                   | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 14/06<br>2024                                                           | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9:00 del día 13/06/24 la profesional de atención a primera infancia Ledy Martinez se comunica vía telefónica con la señora Laura Cabrera al número celular 3001775732 para saber porque no vino al jardín el niño a lo cual refiere "profe, el niño continúa con el papá" Se le recuerda a la mamá la importancia de la asistencia del niño al jardín. La madre acepta y comprende la información y esta queda registrada bajo novedad. Finalización del registro. |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| Profesional de atención a primera infancia<br>LEIDY MARTINEZ / LEIDY M. |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                 |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | 5                                                    | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                           | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 17/06<br>2024                                                                   | 8:05<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 8:05 am del día 17/06/24 ingreso el niño en compañía de la madre, la cual refiere que: "Profe, es que el papá no me lo había traído pero bien sin novedad" el niño ingresa en aparente buenas condiciones físicas y emocionales. Se indica que el niño estará en observación durante el día. Se socializa novedad realizada el día 12, 13 y 14 de junio mediante lectura, la madre acepta y comprende la información, del mismo modo firma novedad de ingreso mediante lectura, finalización del registro. |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD             |            |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CAPADIN PATRICIAS AREI / CAPONSAI |            |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   | Laura Vanessa Cabrera 1193 553 722.                  |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                      |                                                                                                    |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALEXANDER<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN NACIONAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo 12021016300 - 20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                               | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Ralces</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nelson Padilla</u>                                         |
| NIVEL: <u>Familias A</u>                                                                                                                             | NIIP: <u>1024612626</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Niels Adrian Morales Cabrera</u>                                            |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Laura Cabrera</u>                                                                                      |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Laura Cabrera</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SUAREZ- LEIDY MARTINEZ</u>                                     |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 17/06<br>2024   | 1600 | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 1600 del día 17/06/24 sale el niño en compañía de la madre a la cual se le informa que el niño no presenta ninguna novedad y participa activamente del desarrollo de las actividades propuestas, del mismo modo consume todas las alimentos suministrados en el jardín. El niño sale en buenas condiciones físico y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                               |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.R. Dinsuarez | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Laura Vanessa Cabrera 1143 553 722 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06<br>2024   | 1110<br>am | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 1110 del día 18/06/24 ingresa el niño en compañía de la mamá, la cual informa que: "Papi estaba en una cita médica de la niña y como no tengo quien me lo traiga me toca llevarlo con migo, y por eso llegamos tarde". Se recuerda la importancia de cumplir con los horarios del jardín. El niño ingresa en aparente buenas condiciones físico y emocionales, pero se indica a la madre que el niño estará bajo observación durante el día. la madre acepta y firma novedad. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                               |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.R. Dinsuarez | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Laura Vanessa Cabrera 1143 553 722 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06<br>2024   | 1610 | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 1610 del día 18/06/24 sale el niño en compañía de la madre a la cual se le informa que el niño no presenta ninguna novedad, y participa activamente del desarrollo de las actividades propuestas. El niño sale en buenas condiciones físico y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                               |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.R. Dinsuarez | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Laura Vanessa Cabrera 1143 553 722 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06<br>2024   | 900  | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 900 del día 24/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Laura Cabrera al numero de celular 3001775732 para saber por que no vino el niño al jardín a la cual refiere "profesora se va a quedar estos días con el cupa en esta semana, yo voy a enviar una carta al jardín informando" se le indica que la información suministrada queda bajo novedad, la madre acepta y completa de la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE VITALIDAD Y REGISTRO | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo 12021015300 -<br>20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                      | UNIDAD OPERATIVA: <u>J. I. Raíces</u>                                                              | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Paduza</u>                                             |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                    | NUIP: <u>1024612626</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Melis Adrian Morales Cabrera</u>                                               |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Laura Cabrera</u>                                                                                             |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Laura Cabrera</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez/Leidy Martinez</u>                                             |                                                                                                    |                                                                                                |

| TIPO DE NOVEDAD                                                        |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                  | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024                                                          | 9 00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9:00 del día 25/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con la Señora Laura Cabrera al número celular 301735332 para saber cómo se encuentra el niño y recordarle la importancia de enviar la carta de solicitud de permiso. Se le indica que la información suministrada queda registrada bajo novedad. La madre acepta y comprende la información finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez/Leidy M. |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                        |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                  | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 26/06<br>2024                                                          | 9 10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:10 del día 26/06/2024 la profesional en atención en primera infancia Leidy Infancia se comunica con la Señora Laura Cabrera al número 301735332 para saber cómo se encuentra el niño ella refiere "Profe, el niño sigue con el papá y él está bien y no he podido llevar la carta porque estoy indigesta de salud, pero mañana voy" Se le indica que la información suministrada queda bajo novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez/Leidy M. |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                        |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                  | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 27/06<br>2024                                                          | 9 00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9:00 del día 27/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Laura Cabrera al número celular 301735332 para saber porque no vino el niño al Jardín a lo cual refiere "Profe, el niño sigue con el papá y está bien el día de hoy me acerco a llevar la carta" Se le indica que la información queda bajo novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez/Leidy M. |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                        |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                  | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 28/06<br>2024                                                          | 8 10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 8:10 del día 28/06/24 la madre se acerca al Jardín para traer la carta de solicitud de permiso donde refiere que "el niño no venía durante el periodo de receso por que estuvo con el papá esos días" Se le indica a la madre mantener informado al Jardín sobre el estado del niño. Se le socializa por medio de lectura las novedades del 25/06/24 al 27/06/24. La madre acepta y comprende la información. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez/Leidy M. |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   | Laura Vanessa Cabrera 719 3553322                    |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 -<br>20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                              |                                                                                                    |                                                                                                |
| NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                     | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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                                            |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J.T. Roices</u>                                                               | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                  | NUIP: <u>1028846235</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Emma Victoria Hernandez Romero</u>                                          |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Leidy Tatiana Romero</u>                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Leidy Tatiana Romero</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez/Leidy Martinez</u>                                    |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                          | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 12/06<br>2024                                                                  | 900  | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 900 del día 12/06/24 la profesional de atención a primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con la Señora Leidy Romero al número celular 3005708277 para saber por qué no asistió la niña al Jardín a lo cual refiere "la abuela se la llevo porque no tenía quien la recogiera" Se le indica a la madre asistir con horarios establecidos por el jardín, la madre acepta y comprende de que la información dada queda bajo observación. Finalización del registro |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD            |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez Moreno / Leidy M. |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                          | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 13/06<br>2024                                                                  | 800  | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 800 del día 13/06/24 la niña ingresa en compañía de la madre a la cual se le socializa por medio de lectura la novedad realizada el día 12/06/24. La niña ingresa en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales. Se le indica a la madre que la niña queda bajo observación durante el día la madre acepta y comprende la información y firma novedad de ingreso. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD            |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional de atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez Moreno / Leidy M. |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | Leidy Romero 1032500193                              |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                          | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 13/06<br>2024                                                                  | 1600 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 1600 del día 13/06/24 la niña sale en compañía de la madre a la cual se le informa que la niña no presentó ninguna novedad durante el día y participó activamente en el desarrollo de las actividades propuestas. La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD            |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez Moreno / Leidy M. |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   | Leidy Romero 1032500193                              |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                        |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                  | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 18/06<br>2024                                                                          | 1125<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 1125 del día 18/06/24 ingresa la niña en compañía de la madre la cual refiere que: "Profe que pena se me hizo super tarde casi no me despierto y estaba en casa de mi mamá y como ella vive lejos me cogio el trancon". Se recuerda a la madre la importancia de cumplir con los horarios establecidos en el jardín. La niña ingresa en aparente buenas condiciones físicas y emocionales. Se indicó que la niña quedara bajo observación durante el día. la madre acepta y firma novedad. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    |            |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| PROFESIONAL DE ATENCION A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / CLAUDIA SUAREZ |            |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   | Leidy Romero 1032500193                              |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                        |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
|                                                                                                                                                           | LOCALIDAD: <u>BOSA</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 RALCES</u>                                     | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohara Pedraza</u>                                         |
|                                                                                                                                                           | NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                           | NUIP: <u>1028846235</u>                                                | NIÑA O NIÑO: <u>Emma Victoria Hernandez Romero</u>                                          |
|                                                                                                                                                           | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Leidy Tatiana Romero</u>                             |                                                                        |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Leidy Romero</u>                                                                                                                  |                                                                                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SAREZ - LEIDY MARTINEZ</u> |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06<br>2024   | 1605 | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 1605 del día 18/06/24 sale la niña en compañía de la madre, a la cual se le informa que la niña no presenta ninguna novedad y participa activamente del desarrollo de las actividades planteadas, consume todos sus alimentos suministrados en el jardín, la niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>PROFESIONAL EN ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br/>CLAUDIA PATRICIA SAREZ / C. PROASAREZ</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Leidy Tatiana R. 1032500193</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06<br>2024   | 900  | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 900 del día 24/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con la señora Leidy Romero al número celular 3005708277 la cual refiere "profe la niña está en gripa y la voy a cuidar en casa" se le recomienda llevarla al médico. Se le indica que la información queda bajo custodia de la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                        |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional en atención en primera infancia<br/>Leidy Martinez / Leidy M</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024   | 800  | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 800 del día 25/06/24 la niña ingresó en compañía de la mamá a la cual se le recuerda la importancia de cumplir con los horarios del jardín. La niña ingresa en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales y se indica que quedará bajo observación durante el día. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                        |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional en atención en primera infancia<br/>Leidy Martinez / Leidy M</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Leidy Tatiana R. 1032500193</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024   | 1600 | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 1600 del día 25/06/24 la niña sale en compañía de la madre y se le informa que no presenta ninguna novedad y participa activamente en las actividades propuestas del mismo modo consume todos los alimentos suministrados por el jardín. La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                        |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional en atención en primera infancia<br/>Leidy Martinez / Leidy M</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Leidy Tatiana R. 1032500193</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

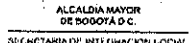
|                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDIA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE 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 12021015300 -<br>20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD <u>Bosa</u>                                                                                                                                   | UNIDAD OPERATIVA <u>J.1 Paices</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nidia Pericaza</u>                                            |
| NIVEL <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                 | NIU/P: <u>1028846235</u>                                                                           | NIÑA O NIÑO <u>Emma Victoria Hernandez Romero</u>                                              |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO <u>Leidy Tatiana Romero</u>                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL <u>Leidy Romero</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL <u>CLAUDIA SARES-LEIDY MARTINEZ</u>                                             |                                                                                                    |                                                                                                |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <u>X</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                          | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 26/06<br>2024                                                                                                                                  | 9 10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9 10 del día 26/06/24 la profesional de atención en primera infancia Leidy Martinez se comunicó con la Señora Leidy Romero vía telefonica al número celular 3005708277 para saber por qué no vino al Jardín lo cual refiere "profe, no tengo quien me la recoja, debo hacer una diligencia personal y la niña está conmigo" Se le recuerda la importancia de cumplir con los horarios del Jardín y se le indica que la información suministrada queda bajo novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M |      |                                  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <u>X</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                          | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 27/06<br>2024                                                                                                                                  | 9 00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9 00 del día 27/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Leidy Romero vía telefonica al número celular 3005708277 para saber por qué no vino al Jardín lo cual refiere "profe, la niña anunció con gripa y fiebre lo voy a cuidar en casa" Se le recuerda la importancia de llevarla al médico y se le indica que la información queda bajo novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M |      |                                  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <u>X</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                          | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 28/06<br>2024                                                                                                                                  | 9 10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9 10 del día 28/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Leidy Romero al número celular 3005708277 para saber por qué no vino la niña pero no se pudo establecer comunicación (llamada fallida) Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                  |              |              | 1                                                                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| FECHA                                                                            | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |
| NO<br>APLICA                                                                     | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>NO APLICA |              |              | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |



### FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Página: 2 de 2

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ UNIDAD OPERATIVA: \_\_\_\_\_ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: \_\_\_\_\_

NIVEL: \_\_\_\_\_ NUJIP: \_\_\_\_\_ NIÑA O NIÑO: \_\_\_\_\_

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: \_\_\_\_\_

ACUDIENTE PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: \_\_\_\_\_

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |           |           | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICACIÓN                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------|--------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA   | LUGAR  | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                  |
| NO                                                                  | NO     | NO     | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                  |
| APLICA                                                              | APLICA | 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA   | LUGAR  | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO                                                                  | NO     | NO     | <div style="text-align: center;"> N<br/>O<br/><br/>A<br/>P<br/>L<br/>I<br/>C<br/>A </div> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| APLICA                                                              | APLICA | 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA   | LUGAR  | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                |
| NO                                                                  | NO     | NO     | <div style="text-align: center;"> N<br/>O<br/><br/>A<br/>P<br/>L<br/>I<br/>C<br/>A </div> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                |
| APLICA                                                              | APLICA | 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                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                |

|                                                                                                                                                       |                                                                                                    |                                   |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|                                                                                                                                                       | LOCALIDAD: <u>BOSA</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Rince</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nelora Polanco</u>                                         |
|                                                                                                                                                       | NIVEL: <u>Parula A</u>                                                                             | NUIP: <u>1054574083</u>           | NIÑA O NIÑO: <u>Rebeca Muñoz Quisada</u>                                                    |
|                                                                                                                                                       | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Alejandra Quisada</u>                                |                                   |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Alejandra Quisada</u>                                                                                                         |                                                                                                    |                                   | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SÁNCHEZ- LETOY MARTÍNEZ</u>                     |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |         |                       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA    | LUGAR                 | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 17/06/2024                                                          | 9:00 am | Jardin Salon Parula A | Siendo las 9:00 am del día 17/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SÁNCHEZ, realiza llamada telefónica a la señora Alejandra Quisada madre de la niña, al número celular 3127560312, para saber por que no vino la niña al jardín, la madre refiere que: "profe es que tengo que irme para la ciudad de Nueva York y estoy haciendo unas cosas de la EPS, para que nos atiendan allá, y la niña se va con misa, entonces la voy a retirar del jardín, voy la otra semana". |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                          | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NO APLICA                                                                      | NO APLICA | NO APLICA | continuación de la novedad. Se indica que ella debe sacar al jardín una carta de retiro voluntario, la madre, refiere que: "Si profe yo se la llevo al jardín, del mismo modo se indica que la información suministrada queda registrada bajo novedad, la madre comprende y acepta la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD            |           |           | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA CLAUDIA PATRICIA SÁNCHEZ/CLAUDIA S. |           |           | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                |         |                       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                          | HORA    | LUGAR                 | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2024                                                                     | 9:00 am | Jardin Salon Parula A | Siendo las 9:00 am del día 18/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SÁNCHEZ, realiza llamada telefónica a la señora Alejandra Quisada, madre de la niña, al número celular 3127560312 para saber por que no asistió la niña al jardín, pero no contestan (llamada fallida). finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD            |         |                       | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA CLAUDIA PATRICIA SÁNCHEZ/CLAUDIA S. |         |                       | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |         |                       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA    | LUGAR                 | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 19/06/2024                                                          | 9:00 am | Jardin Salon Parula A | Siendo las 9:00 am del día 19/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SÁNCHEZ, realiza llamada telefónica a la señora Alejandra Quisada madre de la niña, al número celular 3127560312 para saber por que no vino la niña, la madre refiere que: "profe yo voy a la ciudad y definitivamente me quedo acá, en horas de la tarde le hago llegar la carta del retiro de la niña, se recomienda mantener al jardín informado de cualquier novedad que se pueda presentar se indica que la |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>BOSA</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 RAICES</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>NOTURA DEPRAZA</u>                                         |
| NIVEL: <u>PARVULOS A</u>                                                                                                                                  | NUIP: <u>1054574083</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Celeste Monoz Quesada</u>                                                   |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Alejandra Quesada</u>                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Alejandra Quesada</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CINDIA SUAREZ LEIDY MARTINEZ</u>                                        |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD |           |           | 1                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-----------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                                      |
| NO APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | continuación de novedad, información suministrada queda registrada bajo novedad, la madre acepta y comprende la información, finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                                      |
|                 |           |           |                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                                      |
|                 |           |           |                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                                      |
|                 |           |           |                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                                      |
|                 |           |           |                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                                      |
|                 |           |           |                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                       |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA I.<br>CINDIA PATRICIA SUAREZ / CINDIA SUAREZ | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 20/06<br>2024   | 9:20<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:20 am del día 20/06/24 la profesional de atención a primera infancia CINDIA SUAREZ, realiza llamada telefónica a la señora Alejandra Quesada, madre de la niña, al número celular 3127560312, para saber porque no vino la niña, la madre refiere que: "Profesora hable con el papá y el papá en estos días al jardín a llevar la cuota de retro" Se recomienda mantener al jardín informado de cualquier novedad que se pueda presentar, se indica que la información suministrada queda bajo novedad, la madre acepta y comprende la información |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                       |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA I.<br>CINDIA PATRICIA SUAREZ / CINDIA SUAREZ | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 24/06<br>2024   | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:10 del día 24/06/24 la profesional de atención en primera infancia Leidy Martínez realiza llamada telefónica a la señora Alejandra Quesada al número celular 3127560312 para saber porque la niña no asistió al jardín pero no se logró la comunicación ya que no contestan (llamada fallida). Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                           |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL EN ATENCIÓN EN PRIMERA I.<br>LEIDY MARTINEZ / LEIDY M. | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 25/06<br>2024   | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:10 del día 25/06/24 la profesional en atención en primera infancia se comunica vía telefónica con la señora Alejandra Quesada al número celular 3127560312 para saber el por qué la niña no asistió al jardín, pero no se logró la comunicación (llamada fallida). Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                          |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en atención a primera I.<br>Leidy Martínez / LEIDY M. | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J. I. Páez</u>                                                                | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahra Pedraza</u>                                           |
| NIVEL: <u>Parvulos 4</u>                                                                                                                                  | NUIP: <u>1054574083</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Ceolste Nunez Quesada</u>                                                    |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Alejandra Quesada</u>                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Alejandro Quesada</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez / Leidy Martinez</u>                                     |                                                                                                    |                                                                                              |

| TIPO DE NOVEDAD                                                          |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                    | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 26/06<br>2024                                                            | 900  | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 900 del día 26/06/24 la profesional en atención a la primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Alejandra Quesada al número celular 3127560312 para saber porque no vino la niña pero no es posible la comunicación (llamada fallida). Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 27/06<br>2024                                                       | 9 10 | Jardin<br>Salon<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9 10 del 27/06/24 la profesional en atención a la primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Alejandra Quesada al número celular 3127560312 para saber porque no vino la niña a la cual refiere "Ore-fe, el papa se refuerca al jardin para llevar la carta de retiro voluntario" Se le indica que la información queda bajo novedad. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional en atención en primera I<br>Leidy Martinez / Leidy M.   |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 28/06<br>2024                                                       | 900  | Jardin<br>Salon<br>Parvulos A | Siendo las 9 10 del día 28/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Alejandra Quesada al número celular 3127560312 para saber porque no vino la niña a la cual refiere "Ore-fe, el papa de la niña se acercará al jardin el día martes para llevar la carta de retiro voluntario". Se recuerda la importancia de realizar dicho proceso. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional en atención en primera I<br>Leidy Martinez / Leidy M.   |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                        | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 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                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |  |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|
| <br>ALCALDIA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES |  | Código: FOR-PSS-309                     |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |  | Versión: 0                              |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |  | Fecha: Memo 12021015300 -<br>20/05/2021 |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |  | Página: 2 de 2                          |
| LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                              |                                                                                                    |  |                                         |
| NIVEL: _____ NIPI: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                                                                               |                                                                                                    |  |                                         |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                                                                          |                                                                                                    |  |                                         |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |  |                                         |

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|-----------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |

|                                                                     |  |  |                                                      |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>____ NO ____ |
|-----------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |

|                                                                     |  |  |                                                      |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>____ NO ____ |
|-----------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |

|                                                                     |  |  |                                                      |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>____ NO ____ |
|-----------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |

|                                                                     |  |  |                                                      |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|
| 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                                            |  |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Roices</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nomora Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                  | NUIP: <u>1012474986</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Alan Felipe Rodriguez Hernandez</u>                                         |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Fabiola Hernandez</u>                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Fabiola Hernandez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Clarita Suarez / Leidy Martinez</u>                                     |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO <u>X</u> |
|-----------------|------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |                                                       |
| 26/06<br>2024   | 9 10 | Jardin<br>Salon<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9 10 del día 26/06/24 se realiza llamada a la Señora Fabiola Hernandez al número Celular 3153252212 para saber por que el niño no asistió a la cual refiere "profe, el niño sigue con el papà y está bien" se le indica la importancia de traer carta de permiso, de igual manera, que la información suministrada quede bajo novedad, la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |                                                       |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / LEIDY M | NO APLICA                                            |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI<br>____ NO <u>X</u> |
|-----------------|------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |                                                       |
| 27/06<br>2024   | 9 00 | Jardin<br>Salon<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9 00 del día 27/06/24 se comunica la profesional de atención en primera infancia Leidy Martinez con la Señora Fabiola Hernandez al número Celular 3153252212 para saber porque no vino el niño a lo que refiere que "profe el niño está bien, entre hasta mañana me acerco al jardín a llevar la carta" se le indica que la información suministrada quede registrada bajo novedad, la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |                                                       |

|                                                                        |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención a primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M | NO APLICA                                            |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI<br>____ NO <u>X</u> |
|-----------------|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |                                                       |
| 28/06<br>2024   | 9 10 | Jardin<br>Salon<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9 10 del día 28/06/2024 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica (01) la Señora Fabiola Hernandez al número celular 3153252212 para saber por que no vino el niño al jardín lo cual refiere "profe, la otra semana llevo la carta del permiso" se le recuerda la importancia de realizar dicho proceso la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |                                                       |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M | NO APLICA                                            |

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>____ NO ____ |
|-----------------|--------------|--------------|-------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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                                            |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 -<br>20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                              |                                                                                                    |                                                                                                |
| NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                        | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                   |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO _____ |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                                 | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                          | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD/D |              |              |                                          |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                             |              |              |                                          |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTELIGENCIA 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 (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J.I. Raíces</u>                                                               | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                  | NIPI: <u>1012474086</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Alan Felipe Rodríguez Hernández</u>                                          |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Fabiola Hernández</u>                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Fabiola Hernández</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez / Terky Martinez</u>                                     |                                                                                                    |                                                                                              |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 11/06<br>2024                                                       | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo los 9:10 del día 11/06/24 la profesional de atención a primera infancia Claudia Suarez realiza llamada telefonica a la Señora Fabiola Hernández al numero 315 3252212 para saber por que no vino el niño pero no contesta llamada fallida. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Claudia Suarez /      |      |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                          | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 12/06<br>2024                                                                  | 8:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 8:00 del día 12/06/24 el niño ingresó en compañía de la acudiente la cual refiere que "profe el niño estaba de viaje y por eso no vino" se socializa novedad realizada el día 11/06/24 mediante lectura el niño ingresó en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales, se le indica a la acudiente que el niño queda bajo observación durante el día. La acudiente acepta y comprende la información y firma novedad de ingreso. Finalización de ingreso. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD            |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez Moreno / LEIDY M. |      |                               | Diana Lopez 1074432286                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                          | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 12/06<br>2024                                                                  | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 16:00 del día 12/06/24 el niño sale en compañía de la acudiente, a la cual se le informa que el niño no presenta ninguna novedad y participa activamente en el desarrollo de las actividades propuestas durante el día. El niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior, se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD            |       |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez Moreno / LEIDY M. |       |                               | Diana Lopez 1074432286                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                        |         |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                  | HORA    | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06<br>2024                                                                          | 9:05 am | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:05am del día 18/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SUAREZ realiza llamada telefonica a la Señora Fabiola Hernández, madre del niño, al numero celular 3153252212 para saber por que no vino el niño, la madre refiere que "Profe es que no tenía quien lo llevara ni recogiera hoy entonces se lo llevo el papá para cuidarlo esta con el y con la abuela" Se recuerda la importancia de cumplir con los horarios del jardín, se indica que la información suministrado queda bajo novedad, la madre acepta y comprende. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    |         |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / CLAUDIA SUAREZ |         |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>BOSA</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 RAICES</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                  | NUPI: <u>102474986</u>                                                                             | NIÑA O NIÑO: <u>Alan Felipe Rodríguez Hernández</u>                                         |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Fabiola Hernández</u>                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Fabiola Hernández</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez - Leidy Martinez</u>                                     |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                     |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                               | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 19/06<br>2024                                                                       | 9:05<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:05 am del día 19/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SUAREZ realiza llamada telefónica a la señora Fabiola Hernández madre del niño al número celular 3153252212 para saber por qué no asiste el niño al jardín. la madre refiere que: "Profe está con el papá por que la acudiente va y regresa el fin de semana entonces el niño está semana, está con el padre" se recomienda mantener al jardín informado de cualquier novedad que se presente, se indica que la información queda en novedad. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                 |            |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / CLAUDIA SUAREZ |            |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                     |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                               | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06<br>2024                                                                       | 9:00<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:00 am del día 20/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SUAREZ realiza llamada telefónica a la señora Fabiola Hernández madre del niño al número celular 3153252212 para saber por qué no asiste el niño, la madre refiere que: "Profe el niño está con el papá, está bien el lunes regresa al jardín. Se recomienda mantener al jardín informado de cualquier novedad. Se indica que la información suministrada queda registrada bajo novedad. Finalización del registro. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                 |            |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / CLAUDIA SUAREZ |            |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06<br>2024                                                       | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:10 del día 24/06/24 la profesional en atención a primera infancia Leidy Martinez realiza llamada telefónica al número celular 3153252212 a la Señora Fabiola Hernández para saber por qué no vino el niño al jardín la madre refiere que "profe no tengo quien lo recorra" se le recomienda que es importante la asistencia del niño en el jardín se le indica que la información suministrada queda registrada bajo novedad la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención a primera infancia Leidy Martinez / Leidy M |      |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024                                                       | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:00 del día 25/06/24 la profesional en atención a primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con la Señora Fabiola Hernández para preguntarle por qué no vino el niño ella refiere que "no tengo quien lo recorra" se le indica que es importante la asistencia del niño en el jardín se le indica que la información suministrada queda registrada bajo novedad la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención a primera infancia Leidy Martinez / Leidy M |      |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309

Versión: 0

Fecha: Mayo 2021015300 - 20/05/2021

Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Bosa

UNIDAD OPERATIVA: J.1 Ruiz

RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohora Pedraza

NIVEL: Parvulos A

NUIP: 0007548609

NIÑA O NIÑO: Zolannys Nellymar Estanga Ruiz

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Duglimar Ruiz

ACUDIENTE PRINCIPAL: Duglimar Ruiz

PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Claudia Suarez / Leidy Martinez

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliga: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|---------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                               | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 04/06<br>2024                                                       | 8:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 8:00 del día 04/06/24 ingreso la niña en compañía de la mamá la cual refiere que "profe es que la niña no vino el viernes porque estaba con mucho moco y la deje en la casa conmigo pero no presento nada mas" se recuerda la importancia de cumplir con los horarios del jardín la niña ingreso en aparente buenas condiciones físicas y emocionales, se socializa novedad realizada el día 31 de mayo mediante lectura la madre comprende y acepta información. Finalización del registro |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional de atención en primera I.<br>Claudia Suarez /           |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | Duglimar Ruiz 26633554                               |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |       |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliga: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|---------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                               | HORA  | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 04/06<br>2024                                                       | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 16:00 del día 04/06/24 sale la niña en compañía de la madre a la cual se le informa que la niña no presento ninguna novedad y participo activamente del desarrollo de las actividades propuestas y consumo todos los alimentos suministrados en el jardín. La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior, se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |       |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional de atención en primera I.<br>CLAUDIA SUAREZ /           |       |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   | Duglimar Ruiz 26633554                               |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliga: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|---------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                               | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 05/06<br>2024                                                       | 9:20 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:20 del día 05/06/24 la profesional en atención en primera infancia Claudia Suarez realiza llamada telefónica a la señora Duglimar Ruiz al numero celular 3248623106 para saber por que no asistio la niña pero no contestan, llamada fallida. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional de atención en primera I<br>CLAUDIA SUAREZ /            |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliga: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|---------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                               | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 06/06<br>2024                                                       | 8:05 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 8:05 del día 06/06/24 ingreso la niña en compañía de la mamá la cual refiere que "profe, ayer con esa lluvia yo no sali de la casa porque yo estoy con gripe y me pongo peor entonces me quede en la casa con la niña" se recuerda la importancia de cumplir con los horarios establecidos en el jardín se socializa novedad realizada el día 05/06/24 mediante lectura y se indica que la niña quedara bajo observación durante el día. la madre acepta y comprende la información |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional en atención en primera I<br>CLAUDIA SUAREZ /            |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   | Duglimar Ruiz 26633554                               |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

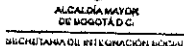
|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J. I. Ruices</u>                                                              | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                  | ANUIP: <u>CD02548609</u>                                                                           | NIÑA O NIÑO: <u>Zolannys Nellymar Estanga Ruiz</u>                                           |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Duglimar Ruiz</u>                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Duglimar Ruiz</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SUAREZ/LEIDY MARTINEZ</u>                                           |                                                                                                    |                                                                                              |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 06/06<br>2024                                                       | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 16:00 del día 06/06/24 sale la niña en compañía de la madre a la cual se le informa que la niña no presentó ninguna novedad y participa del desarrollo de las actividades planeadas y consume todos los alimentos suministrados en el jardín. La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales. Por lo anterior, se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>CLAUDIA SUAREZ/      |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | Duglimar Ruiz 26633554                               |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                        |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                  | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06<br>2024                                                          | 15:45 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 15:45 del día 24/06/24 la niña sale en compañía de la madre la cual refiere "profe, me llevo la niña porque debo hacer una diligencia personal" la niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez/LEIDY M. |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | Duglimar Ruiz 26633554                               |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                        |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                  | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024                                                          | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:10 del día 25/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la señora Duglimar Ruiz al número celular 3248623106 para saber por que no vino la niña al jardín pero no fue posible la comunicación (llamada fallida). Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez/LEIDY M. |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                        |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                  | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 26/06<br>2024                                                          | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:00 del día 26/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la señora Duglimar Ruiz al número celular 3248623106 para saber por que no vino la niña al jardín pero no fue posible la comunicación (llamada fallida). Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD    |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez/LEIDY M. |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |



### FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Bosa UNIDAD OPERATIVA: J.1 Forces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Norberto Pedraza  
 NIVEL: Primarios 4 NUIP: CD07548604 NIÑA O NIÑO: Elianny Neilymar Estanga Ruiz  
 MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Duglimar Ruiz  
 ACUDIENTE PRINCIPAL: Duglimar Ruiz PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: CLAUDIA SUAREZ/LEINA MARTINEZ

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO <u>X</u> |
|-------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                   | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                          |                                                        |
| 27/06<br>2024                                                           | 8 00 | Jardín<br>Sulón<br>Parvulos<br>A | <p>Desde las 800 del día 27/06/24 ingresa la niña en compañía de la madre la cual refiere "profe, ayer estaba muy malita, y se curó en casa" Se recuerda la importancia de cumplir con los horarios del Jardín, la niña ingresa en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales se socializa la novedad del 26/06/24 por medio de lectura, la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro.</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                          |                                                        |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |      |                                  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                          |                                                        |
| Profesor(a) de atención en primera infancia<br>Leidy Martínez / Leidy H |      |                                  | Daglimar Ríos 26433554                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                          |                                                        |

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |       |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5                                                    | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                   | HORA  | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                     |                                                                                   |
| 27/06<br>2024                                                           | 16 00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | <p>Desde las 16 00 del día 27/06/24 sale la niña en compañía de la madre, a la cual se le informa que la niña no presentó ninguna novedad y participó activamente en el desarrollo de las actividades planteadas y consumió todos los alimentos suministrados por el jardín. La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro.</p> |   |   |   |                                                      |   |   |   |   |    |                                                                                     |                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |       |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   | NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |    |                                                                                     |                                                                                   |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martínez / LEIDY M |       |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   | Dagimar Roa: 2 26693-554                             |   |   |   |   |    |                                                                                     |                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI _____ NO _____ |
| FECHA                                                               | HORA   | LUGAR  | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                  |
| NO                                                                  | NO     | NO     | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                  |
| APLICA                                                              | APLICA | 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 -<br>20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                              |                                                                                                    |                                                                                                |
| NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

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: BOSA UNIDAD OPERATIVA: J1 Raíces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Néhora Pedraza

NIVEL: Parvularia NUIP: 196970590 NIÑA O NIÑO: Nandana Pérez Yossa

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Guerly Yossa

ACUDIENTE PRINCIPAL: Guerly Yossa PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: CLAUDIA SUAREZ LETDY MARTINEZ

| TIPO DE NOVEDAD                                                                        |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                  | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 04/06<br>2024                                                                          | 9:15<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvularia | Siendo las 9:15am del día 04/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SUAREZ, realiza llamada telefónica a la señora Guerly Yossa madre de la niña, al número celular 3147401943 para saber por que no vino la niña, la madre refiere que "Profe es que la niña está un poco indispuesta pero la tengo acá en la casa y mañana la llevo al jardín" se recuerda a la madre la importancia de cumplir con los horarios establecidos en el jardín. Del mismo modo se indica que la información queda en recordatorio. La madre agradece. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    |            |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / R.A. D. SUAREZ |            |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                        |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                  | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 05/06<br>2024                                                                          | 8:00<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvularia | Siendo las 8:00 am del día 05/06/24 matresa la niña en compañía de la madre, la cual refiere que: "Profe la niña está bien, pero si quena dándole aytr en la casa que se recuperaba bien". La niña ingresó en aparente buenas condiciones físicas y emocionales. Se indicó a la madre que la niña estaba bajo observación durante el día. De igual manera se socializa novedad y realizado el día 20 y 31 de mayo mediante lectura, la madre comprende y acepta la información y firma recordario de ingreso. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    |            |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / R.A. D. SUAREZ |            |                               | Guerly Yossa 52917942                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                        |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                  | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 05/06<br>2024                                                                          | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvularia | Siendo las 16:00 del día 05/06/24 sale la niña en compañía de la mamá, a la cual se le informa que la niña no presenta ninguna novedad y participa activamente del desarrollo de las actividades planteadas, de igual manera consume todos los alimentos suministrados en el jardín, la niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales. por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    |       |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / R.A. D. SUAREZ |       |                               | Guerly Yossa 52917942                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                            |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                      | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 13/06<br>2024                                                              | 14:15 | Jardín<br>Salón<br>Parvularia | Siendo las 14:15 del día 13/06/24 la niña sale en compañía de la madre la cual refiere que "profe debo hacer una diligencia personal" se le indica que la niña no presenta novedades y que sale en buenas condiciones físicas y emocionales. Se hace entrega de paquete nutricional (galletas, lácteos y fruta). Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD        |       |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>LEIDY MARTINEZ M. / LEIDY M. |       |                               | Guerly Yossa 52917942                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |

|                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                       |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INFORMACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
|                                                                                                                                                        | LOCALIDAD: <u>BOSA</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Raíces</u>                                    | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohara Pedraza</u>                                         |
|                                                                                                                                                        | NIVEL: <u>Parvosa</u>                                                                              | NIIP: <u>1016970540</u>                                               | NIÑA O NIÑO: <u>Mariana Pérez Yassa</u>                                                     |
|                                                                                                                                                        | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Geerly Yassa</u>                                     |                                                                       |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Geerly Yassa</u>                                                                                                               |                                                                                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SÁREZ- LEIDY MARTÍNEZ</u> |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                   |        |                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                             | HORA   | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2024                                                                        | 850 am | Jardin Salon Parvosa | <p>Siendo las 850am del día 18/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SÁREZ realiza llamado telefónico a la señora Geerly Yassa madre de la niña, al número celular 3114740043 para saber por que no vino la niña al jardín, la madre refiere que: "Profe le saque una cita a la niña y la tiene a las 11am entonces no alcanza a llevarla al jardín se recomienda traer soporte al jardín. Se indica que la información suministrada queda registrada bajo novedad. la madre acepta y comprende la información. fin registro"</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD               |        |                      | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SÁREZ / C.P. SÁREZ |        |                      | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |        |                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA   | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 19/06/2024                                                          | 840 am | Jardin Salon Parvosa | <p>Siendo las 840 am del día 19/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SÁREZ realiza llamada telefónica a la señora Geerly Yassa madre de la niña, al número celular 3114740043 para saber por que no asistió la niña al jardín, la madre refiere que: "Profe ayer la incapacitaron por 4 días, está con mucha congestión desde el 18/06/24 al 21/06/24". Se recomienda a la madre hacer llegar soporte al jardín y mantener informado cualquier novedad que se pueda presentar, se indica que la información,</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                             | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NO APLICA                                                                         | NO APLICA | NO APLICA | <p>continuación de novedad suministrada queda registrada bajo novedad, la madre comprende y acepta finalización del registro.</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD               |           |           | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SÁREZ / C.P. SÁREZ |           |           | NO APLICA                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                   |        |                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                             | HORA   | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06/2024                                                                        | 905 am | Jardin Salon Parvosa | <p>Siendo las 905 am del día 20/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SÁREZ realiza llamada telefónica a la señora Geerly Yassa madre de la niña al número celular 3114740043 para saber como se encuentra la niña, la madre refiere: "Profe ya está mejor por menos congestión". Se recomienda mantener al jardín informado de cualquier novedad que se pueda presentar, se indica que la información suministrada queda registrada bajo novedad. finalización del registro.</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD               |        |                      | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SÁREZ / C.P. SÁREZ |        |                      | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                           |              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                           |              | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  | Código: FOR-PSS-309                  |                                                                            |  |                                                                          |  |
| FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES                                             |              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  | Versión: 0                           |                                                                            |  |                                                                          |  |
|                                                                           |              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  | Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021 |                                                                            |  |                                                                          |  |
|                                                                           |              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  | Página: 1 de 2                       |                                                                            |  |                                                                          |  |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                    |              | UNIDAD OPERATIVA: <u>J.I. Paices</u>                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Andrés Pedraza</u> |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                  |              | NUIP: <u>1016230590</u>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |  | NIÑA O NIÑO: <u>Mariana Paez Yossa</u>              |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Guerly Yossa</u>            |              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Guerly Yossa</u>                                  |              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SUÁREZ-LEIDY MARTÍNEZ</u> |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                           |              |                                                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                     | HORA         | LUGAR                                                             | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 24/06<br>2024                                                             | 9:00         | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A                                     | Siendo las 9:00 del día 24/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martínez realizó llamada telefónica a la señora Guerly Yossa al número celular 3127300043 para saber por qué no vino la niña al Jardín, la madre refiere que "profe, la niña sigue con gripa, la voy a cuidar en casa" Se le indica y recomienda llevar al médico. Se le informa a la madre que la información suministrada queda registrada bajo novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD       |              |                                                                   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional en atención en primera infancia.<br>Leidy Martínez / Leidy M. |              |                                                                   | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                           |              |                                                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                     | HORA         | LUGAR                                                             | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 25/06<br>2024                                                             | 8:00         | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A                                     | Siendo las 8:00 del día 25/06/24 la niña ingresó en compañía de su padre al que se le recuerda la importancia de cumplir con los horarios del Jardín, la niña ingresó en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales y se indica que durante el día queda bajo observación. Se socializa novedad del día 24/06/24 por medio de lectura. El padre acepta y comprende la información. Finalización del registro.                                                                                                   |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD       |              |                                                                   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional en atención en primera infancia.<br>Leidy Martínez / Leidy M. |              |                                                                   | JHAN PAEZ 1.049.602.806                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                           |              |                                                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input type="checkbox"/>            |  |
| FECHA                                                                     | HORA         | LUGAR                                                             | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 25/06<br>2024                                                             | 16:00        | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A                                     | Siendo las 16:00 del día 25/06/24 sale la niña en compañía de la madre acorde al día la niña no presenta ninguna novedad y participa en todas las actividades propuestas, así como, consume todos los alimentos suministrados por el Jardín. La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro.                                                                                                                                         |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD       |              |                                                                   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional en atención en primera infancia.<br>Leidy Martínez / Leidy M. |              |                                                                   | Guerly Yossa 52917942                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                           |              |                                                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      | Se realizó activación de póliza: SI NO <input type="checkbox"/>            |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input type="checkbox"/>            |  |
| FECHA                                                                     | HORA         | LUGAR                                                             | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NO<br>APLICA                                                              | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA                                                      | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>C<br>A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                      |                                                                            |  |                                                                          |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |  |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
|                                                                                                                                                           | LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                       |  |                                                                                             |
|                                                                                                                                                           | NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                        |  |                                                                                             |
|                                                                                                                                                           | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                   |  |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |  |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|-----------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

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

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|-----------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

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

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|-----------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

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

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|-----------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

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

|                                                                                                                                                          |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL |      | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Mayo 2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                   |      |                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J.I. Ruiz</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                      | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahara Pedraza</u> |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                 |      |                                                                                                    | NUIP: <u>1034537199</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                      | NIÑA O NIÑO: <u>Emily Sarah Beltran Castellanos</u> |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Janeth Castellanos</u>                                                                                     |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Janeth Castellanos</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez / Leidy Martinez</u>                                   |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                          |      |                                                                                                    | 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            | Se realizó activación de póliza: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                                                                                                    | HORA | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 25/06<br>2024                                                                                                                                            | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A                                                                   | Siendo las 9:00 del día 25/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Janeth Castellanos al número celular 3017512350 para saber porque la niña no asistió al Jardín la cual refiere que "le dieron 4 días de incapacidad por resfriado común, ayer la lleve al médico" Se recomienda enviar el comprobante de dicha orden. Se le indica que la información suministrada queda bajo novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                      |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M                                                                                  |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NO APLICA                                            |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                          |      |                                                                                                    | 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            | Se realizó activación de póliza: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                                                                                                    | HORA | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 26/06<br>2024                                                                                                                                            | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A                                                                   | Siendo las 9:10 del día 26/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Janeth Castellanos la cual refiere "Profe, la niña sigue con gestionaada pero sigue cumpliendo la incapacidad" Se le indica que la información suministrada queda bajo gravedad de novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro.                                                                                                                            |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                      |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Profesional en atención en primera I.<br>Leidy Martinez / Leidy M                                                                                        |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NO APLICA                                            |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                          |      |                                                                                                    | 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            | Se realizó activación de póliza: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                                                                                                    | HORA | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 27/06<br>2024                                                                                                                                            | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A                                                                   | Siendo las 9:00 del día 27/06/24 se comunica con la Señora Janeth Castellanos la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez via telefonía al número celular 3017512350 para preguntar el estado de la niña, la mamá refiere que "la niña sigue cumpliendo la incapacidad para poder volver" Se le indica que la información suministrada queda bajo novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro.                                                                    |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                      |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Profesional en atención en primera I<br>Leidy Martinez / Leidy M                                                                                         |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NO APLICA                                            |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                          |      |                                                                                                    | 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            | Se realizó activación de póliza: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                                                                                                    | HORA | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 28/06<br>2024                                                                                                                                            | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A                                                                   | Siendo las 9:10 del día 28/06/24 se comunica la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez con la Señora Janeth Castellanos al número celular 3017512350 para preguntar cómo sigue a la niña a la cual refiere que "Profe, sigue cumpliendo la incapacidad y ha mejorado favorablemente" Se le indica que la información suministrada queda bajo novedad. La madre acepta y comprende la información.                                                                                                  |  |                                                      |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                      |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M                                                                                  |      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NO APLICA                                            |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                   |  |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL |  | Código: FOR-PSS-309                  |
|                                                                                                                                                           | FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES                                     |  | Versión: 0                           |
|                                                                                                                                                           |                                                                   |  | Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021 |
|                                                                                                                                                           |                                                                   |  | Página: 2 de 2                       |
| LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                              |                                                                   |  |                                      |
| NIVEL: _____ NIIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                                                                               |                                                                   |  |                                      |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                                                                          |                                                                   |  |                                      |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                   |  |                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                     | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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                                            |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                               |  |                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL</p> |                                    | <p>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</p> <p>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</p> |  | <p>Código: FOR-PSS-309</p> <p>Versión: 0</p> <p>Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021</p> <p>Página: 2 de 2</p> |
| LOCALIDAD: <u>BOSA</u>                                                                                                                                     | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 RAICES</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahara Pedraza</u>                                                           |  |                                                                                                                |
| NIVEL: <u>Parvulas A</u>                                                                                                                                   | NUIP: <u>1124089773</u>            | NIÑA O NIÑO: <u>Jaeni David Gonzalez Perero</u>                                                               |  |                                                                                                                |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Zeudy Perero</u>                                                                                             |                                    |                                                                                                               |  |                                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Zeudy Perero</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SUAREZ LEIDY MARTINEZ</u>                                             |                                    |                                                                                                               |  |                                                                                                                |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                   | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 17/06<br>2024   | 1610 | Jardin Parvulas A Salón | Siendo las 1610 del día 17/06/24 sale el niño en compañía de la madre, a la cual se le informa que el niño no presenta ninguna novedad y participa adecuadamente del desarrollo de las actividades propuestas. el niño sale con el dedo aun negro y el bruto del menton seco. Se le indica a la madre que el niño continúe bajo observación. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                        |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / CLAUDIA SUAREZ | Zeudy 7447772                                        |

| TIPO DE NOVEDAD |        |         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|--------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA   | LUGAR   | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06<br>2024   | 840 am | Jardin. | Siendo las 840am del día 18/06/24 ingresa el niño en compañía de la madre, la cual refiere que: "Profe es que tuve que ir a hacer una uetlla y me llevé el niño y hasta hora llegamos por eso lo traigo tarde". el niño ingresó con el bruto de su cara ya mas seco no se evidencia casi y el dedo esta mas sano. se indica a la madre que el niño continúe bajo observación hasta que este totalmente sano. la madre acepta y firma novedad de ingreso. finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                        |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / CLAUDIA SUAREZ | Zeudy 7447772                                        |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                   | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06<br>2024   | 1600 | Jardin Salón Parvulas A | Siendo las 1600 del día 18/06/24 sale el niño en compañía de la madre, a la cual se le informa que el niño no presenta ningún cambio significativo y aun se evidencia un poco rojo, el area del menton y el dedo tiene negro en la parte posterior; se indica que el niño estia bajo observación hasta que el dedo se sana y lo cura. la madre acepta y firma novedad de salida. finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                        |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / CLAUDIA SUAREZ | Zeudy 7447772                                        |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                   | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 26/06<br>2024   | 900  | Jardin Salón Parvulas A | Siendo las 900 del día 26/06/24 ingresa en compañía de la madre la cual refiere que "tuve que hacer una diligencia y hasta ahora lo pude traer". se evidencia que el niño ya no tiene la piel lastimada ni rustras de alergia de igual manera su dedo ya tiene totalidad normal por lo anterior se hace cierre de la novedad. finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / LEIDY M | Zeudy 7447772                                        |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INFORMACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J.I. Poices</u>                                                               | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohemy Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                  | NIUP: <u>1124089743</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Jesvi David Gonzalez Peraza</u>                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Zeudys Peraza</u>                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Zeudys Peraza</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez/Leidy Martinez</u>                                           |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD |       |                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <u>X</u> |
|-----------------|-------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                       | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 12/06<br>2024   | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos | Siendo las 16:00 del día 12/06/24 el niño sale en compañía de la madre y se evidencia que su alergia continúa un poco más seca y su dedo corazón izquierdo presenta un color negro en la parte superior, se le indica a la madre que el niño continuará bajo observación hasta evidenciar una mejoría. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional de atención a primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. | Zeudys 7447772                                       |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI<br>NO <u>X</u> |
|-----------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 13/06<br>2024   | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:00 del día 13/06/24 la profesional de atención a primera infancia se comunica vía telefónica con la Señora Zeudys Peraza al número celular 3227876236 para saber por qué no vino el niño al jardín, sin embargo la llamada no fue contestada (llamada fallida). Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional de atención a primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. | NO APLICA                                            |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI<br>NO <u>X</u> |
|-----------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 14/06<br>2024   | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:10 del día 14/06/24 la profesional de atención a primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con la Señora Zeudys Peraza al número celular 3227876236 para saber por qué no vino el niño al jardín, sin embargo, no se logra establecer comunicación (llamada fallida). Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

|                                                                           |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD       | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez M / Leidy M. | NO APLICA                                            |

| TIPO DE NOVEDAD |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI<br>NO <u>X</u> |
|-----------------|------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 17/06<br>2024   | 8:00<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 8:00 am del día 17/06/24 ingresa el niño en compañía de la señora Zeudy madre del niño, lo cual informa que: "Profe es que el papá estaba descansando y lo dejó con él". Se recuerda la importancia de cumplir con las horas establecidas en el jardín, el niño ingresa con el dedo un poco negro, el brote de la cara ya está más seco y solo se evidencia en el mentón, se informa que el niño continúa bajo observación, se socializan novedades realizadas los días 13 y 14 de junio, la madre acepta. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

|                                                                                 |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD             | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SARAZA / Claudia | Zeudys 7447772                                       |

|                                                                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Sosa</u>                                                                                                                                   | UNIDAD OPERATIVA: <u>J. I. Raíces</u>                                                              | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nómara Pedraza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                 | NUIP: <u>1124089743</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Joervi David Gonzalez Peroto</u>                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Zeudys Peroto</u>                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Zeudys Peroto</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SUAREZ / LEIDY MARTINEZ</u>                                        |                                                                                                    |                                                                                              |

| TIPO DE NOVEDAD |       |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 26/06<br>2024   | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 16:00 del día 26/06/24 el niño sale en compañía de la mamá a la cual se le informa que el niño ya no evidencias rastros de la ansiedad y que el niño ya tiene totalidad normal el niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior, se hace cierre de la novedad. Finalización del registro |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                          |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / LEIDY M. | Zeudys 7447772                                       |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 27/06<br>2024   | 8:55 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 8:55 del día 27/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con la señora Zeudys Peroto al número celular 3227876236 para saber por qué no vino el niño al jardín pero no fue posible la comunicación (llamada fallida). Finalización del registro. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                          |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / LEIDY M. | NO APLICA                                            |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 28/06<br>2024   | 8:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 8:10 del día 28/06/24 ingresa el niño en compañía de la madre a la cual se le recuerda la importancia de cumplir los horarios del jardín, el niño ingresa en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales. Se indica que el niño quedará bajo observación durante el día. Se socializa novedad del día 27/06/24 por medio de lectura. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                          |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / LEIDY M. | Zeudys 7447772                                       |

| TIPO DE NOVEDAD |       |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 28/06<br>2024   | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 16:00 del día 28/06/24 sale el niño sale en compañía de la madre. Se le indica que el niño no presenta ninguna novedad y que participó activamente en las actividades desarrolladas, así como consumió todos los alimentos suministrados por el jardín. El niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales. La madre acepta y comprende la información. Por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                          |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / LEIDY M. | Zeudys 7447772                                       |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |  |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
|                                                                                                                                                           | LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                       |  |                                                                                             |
|                                                                                                                                                           | NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                        |  |                                                                                             |
|                                                                                                                                                           | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                   |  |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |  |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |           |           | 1                                | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD           |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | NO<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD        |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | NO<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD        |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | NO<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |           |           |                                  |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           |                                  |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |           |           | 1                                | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD        |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | NO<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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                                            |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL  
FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309  
Versión: 0  
Fecha: Momo i2021015300 - 20/05/2021  
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: BOSA UNIDAD OPERATIVA: J1 Raíces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohara Pedraza  
NIVEL: Primaria A NUIP: 1233519485 NIÑA O NIÑO: Angel Mathias Riano Montaña  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Natalia Montaña  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Natalia Montaña PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: CLAUDIA SAREZ

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| 04/06<br>2024                                                            | 7:50<br>am | Jardin<br>Salon<br>Primaria A | Sendo las 7:50 am del día 04/06/24 ingreso el niño en compañía de la mamá, la cual refiere que: "Prote el niño ya está bien y pues el médico no me dio ninguna recomendación. en la tarde le pego el soporte. El niño ingresa en aparente buenas condiciones físico y emocionales se entrega a la madre que el niño quedo bajo observación durante el día de igual manera se socializa novedad realizada los días 29, 30 y 31 de mayo mediante lectura, la madre acepta y firma novedad de ingreso. fin del registro." |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      |            |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA I<br>CLAUDIA PATRICIA SAREZ / C/OASAREZ |            |                               | Natalia Montaña CC 1000590936                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| 04/06<br>2024                                                            | 16:10 | Jardin<br>Salon<br>Primaria A | Sendo las 16:10 del día 04/06/24 sale el niño en compañía de la madre, a la cual se le informa que el niño no presenta ninguna novedad y participa activamente del desarrollo de las actividades propuestas, de igual manera consume todos sus alimentos proporcionados en el jardín. Por lo anterior se hace cierre de la novedad finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      |       |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA I<br>CLAUDIA PATRICIA SAREZ / C/OASAREZ |       |                               | Natalia Montaña CC 1000590936                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |

| 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<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| 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<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDIA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 -<br>20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                              |                                                                                                    |                                                                                                |
| NIVEL: _____ NIIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                     | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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                                            |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL  
FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309

Versión: 0

Fecha: Memo (2021015300 - 20/05/2021)

Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Bosa UNIDAD OPERATIVA: J.T. Rices RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nahora Pedraza

NIVEL: Parvulos 4 NIIP: 10.2342.1174 NIÑA O NIÑO: Maria Fernanda Ros Maya

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Gabriela Maya

ACUDIENTE PRINCIPAL: Gabriela Maya PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Claudia Suarez / Leidy Martinez

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                   | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 13/06<br>2024                                                           | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:00 del día 13/06/24 la profesional de atención a primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con la señora Gabriela Maya al número celular 3133289875 la cual refiere que "la niña amaneció muy congestionada por un resaca que le dio por un resaca que no me atienden" Se le indica a la madre que la información suministrada queda registrada bajo novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del Registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. |      |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                           |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                     | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 14/06<br>2024                                                             | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos 4 | Siendo las 9:10 del día 14/06/24 la profesional de atención a primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con la señora Gabriela Maya al número celular 3133289875 para saber cómo sigue la niña, la madre refiere que "prof, ya la llevé al médico y le dieron incapacidad" Se le indica a la madre que la información suministrada queda registrada bajo la novedad. La madre acepta y comprende la información. Finalización del Registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD       |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez M / Leidy M. |      |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                    |            |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                              | HORA       | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 17/06<br>2024                                                                      | 7:40<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 7:40am del día 17/06/24 ingresó la niña en compañía de la madre, la cual refiere que "Prof, la niña va bien no ha vuelto a presentar fiebre y le mandaron cloteromina y lorazepam cada 12 horas en la tarde le traigo la fórmula y la incapacidad. La niña ingresa en buenas condiciones físicas y emocionales. Se indica que la niña quedará bajo observación durante el día y se socializan novedades realizadas los días 13 y 14 de junio mediante lectura, la madre acepta y firma novedad. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                |            |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Claudia Patricia Suarez / Claudia S. |            |                               | Angy Gabriela Maya 1070709089                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                    |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                              | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 17/06<br>2024                                                                      | 1:05 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 1:05 del día 17/06/24 sale la niña en compañía de la madre a la cual se le informa que el niño no presenta ninguna novedad y participa activamente del desarrollo de las actividades propuestas. consume todos los alimentos suministrados en el jardín. La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del Registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Claudia Patricia Suarez / Claudia S. |      |                               | Angy Gabriela Maya 1070709089                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |  |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INFORMACIÓN 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: 2 de 2 |
|                                                                                                                                                           | LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                       |  |                                                                                             |
|                                                                                                                                                           | NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                        |  |                                                                                             |
|                                                                                                                                                           | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                   |  |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |  |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |           |           | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

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: 2 de 2

LOCALIDAD: Bosa UNIDAD OPERATIVA: J.I. Paves RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohora Pedraza

NIVEL: Parvula A NUIP: 1012435411 NIÑA O NIÑO: Jainer David Mesa Santoya

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Ana Victoria Santoya

ACUDIENTE PRINCIPAL: Ana V. Santoya PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Leidy Martinez

| TIPO DE NOVEDAD |       |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024   | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 16:00 del día 25/06/24 el niño sale en compañía de la madre a la cual se le informa que el niño no presenta novedades durante el día y que participa activamente en el desarrollo de las actividades propuestas, de igual modo consume todos los alimentos suministrados por el Jardín. El niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD  
Profesional en atención en primera infancia  
Leidy Martinez / Leidy M.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR  
Ana Victoria Santoya 1002323402

| TIPO DE NOVEDAD |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 26/06<br>2024   | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9:00 del día 26/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la señora Ana Victoria al numero celular 3222576438 para saber por que no vino el niño al Jardín la cual refiere "profe, hoy tengo mi día compensatorio y voy a pasar con el niño" Se le recuerda la importancia de cumplir con los horarios del Jardín y se le indica que la información suministrada queda bajo reserva. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD  
Profesional en atención en primera infancia  
Leidy Martinez / Leidy M.

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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 27/06<br>2024   | 8:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 8:00 del día 27/06/24 el niño ingresa en compañía de la madre a la cual se le recuerda la importancia del cumplimiento de los horarios del Jardín. El niño ingresa en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales y se le indica que queda bajo observación durante el día. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD  
Profesional en atención en primera infancia  
Leidy Martinez / Leidy M.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR  
Ana Victoria Santoya 1002323402

| TIPO DE NOVEDAD |       |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 27/06<br>2024   | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 16:00 del día 27/06/24 el niño sale en compañía de la madre a quien se le informa que el niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales, lo que no presenta novedades durante el día, participa activamente en el desarrollo de las actividades y consume todos los alimentos suministrados por el Jardín. Por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD  
Profesional en atención en primera infancia  
Leidy Martinez / Leidy M.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR  
Ana Victoria Santoya 1002323402

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J. J. Raíces</u>                                                              | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahora Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                  | NUPI: <u>1012435411</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Jaime David Mesa Santoya</u>                                                |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Ana Victoria Santoya</u>                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Victoria Santoya</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez / Ledy Martinez</u>                                       |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 14/06<br>2024   | 1600 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 1600 del día 14/06/24 Sale el niño en compañía de la mamá a la cual se le informa que el niño continúa en su proceso de control de estímulos, del mismo modo, se le indica que el Jardín Raíces le suministra los pañales que el niño requiere para su adecuada higiene durante dicho proceso. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                              |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en atención en primera infancia<br>Ledy Martinez / Ledy M | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Ana Victoria Santoya 1002323402 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 20/06<br>2024   | 1600 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 1600 del día 20/06/24 Sale el niño en compañía de la madre a la cual se le informa que el niño continúa en su proceso de control de estímulos, del mismo modo, se le indica que el Jardín Raíces le suministra los pañales que el niño necesita para dicho proceso. Del día 13/06/24 al 20/06/24 la madre comprende y acepta la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                        |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional de Atención en Primera Infancia<br>CLAUDIA SUAREZ / | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Ana Victoria Santoya 1002323402 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 24/06<br>2024   | 9 10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9 10 del día 24/06/24 la profesional en atención en primera infancia Ledy Martinez se comunica con el Señor Jaime Mesa al número celular 3222576438 para saber por qué no vino el niño al Jardín el cual refiere que "profe estamos en cita médica y mañana le llevo el comprobante". Se le indica que la información suministrada queda bajo reserva al padre comprende y acepta la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                        |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en Atención en Primera I.<br>Ledy Martinez / Ledy M | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 25/06<br>2024   | 8 00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 800 del día 25/06/24 el niño ingresa acompañado de su madre a la cual se le indica que el niño queda bajo observación durante el día, el niño ingresa en aparente buenas condiciones físicas y emocionales, la madre comprende y acepta la información. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                        |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en atención en primera I.<br>Ledy Martinez / Ledy M | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Ana Victoria Santoya 1002323402 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Raices</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahora Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Parvula A</u>                                                                                                                                   | NIUIP: <u>1032514798</u>                                                                           | NIÑA O NIÑO: <u>Emily Luciana Yepes Gutierrez</u>                                           |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Daniel Gutierrez</u>                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Pamela Gutierrez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SAREZ LIDY MARTINEZ</u>                                          |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                         |             |                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <u>X</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                   | HORA        | LUGAR                      | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 14/06<br>2024                                                                                                                           | 11:20<br>am | Jardin<br>Salon<br>Parvula | Siendo las 11:20 am del día 14/06/24 ingreso la niña en compañía del padre, el cual informa que: "Prote llegamos tarde porque teníamos cita de control en odontología, pero la niña continuo en tratamiento y no me dieron el certificado por eso. hasta que termine el proceso". La niña ingresa en aparente buenas condiciones físicas y emocionales se indica que la niña quedara bajo observación durante el día. finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA / C/ CLAUDIA SAREZ |             |                            | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Pamela Gutierrez 1033941000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                     |            |                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI<br>NO <u>X</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                               | HORA       | LUGAR                      | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 17/06<br>2024                                                                                                                                       | 8:05<br>am | Jardin<br>Salon<br>Parvula | Siendo las 8:05 del día 17/06/24 ingreso la niña en compañía de la acudiente la señora Betty lo cual se le informa que prote el papa la lleva al control pero no se que le dicen. Se recomienda tener soporte. la niña ingresa en aparente buenas condiciones físicas y emocionales, se socializa novedad realizada el día 14/06/24 mediante lectura la acudiente acepta y firma novedad de sal ingreso. finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA PATRICIA SAREZ / C/ CLAUDIA SAREZ |            |                            | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Betty Gomez 39644269                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                     |       |                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI<br>NO <u>X</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                               | HORA  | LUGAR                      | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 17/06<br>2024                                                                                                                                       | 16:10 | Jardin<br>Salon<br>Parvula | Siendo las 16:10 del día 17/06/24 sale la niña en compañía de la acudiente, la señora Betty a la cual se le informa que la niña no presenta ninguna novedad y parlapo del desarrollo de los actividades papotes del mismo modo consumo todos los alimentos suministrados en el jardin la niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA PATRICIA SAREZ / C/ CLAUDIA SAREZ |       |                            | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Betty Gomez 39644269                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                  |              |              | 1                                                                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO | Se realizó activación de ruta: SI<br>NO |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| FECHA                                                                            | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |
| NO<br>APLICA                                                                     | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>C<br>A                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>NO APLICA |              |              | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>NO APLICA |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL  
FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309

Versión: 0

Fecha: Memo 12021015300 -  
20/05/2021

Página: 2 de 2

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ UNIDAD OPERATIVA: \_\_\_\_\_ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: \_\_\_\_\_

NIVEL: \_\_\_\_\_ NIPI: \_\_\_\_\_ NIÑA O NIÑO: \_\_\_\_\_

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: \_\_\_\_\_

ACUDIENTE PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: \_\_\_\_\_

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |              |              | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |              |              |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta: SI<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                                       |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <br>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 1 de 2 |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| LOCALIDAD: <u>BOSA</u>                                                                                                                                |         | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Raíces</u>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahara Pedraza</u>  |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u>                                                                                                                              |         | NUIP: <u>1023989135</u>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | NIÑA O NIÑO: <u>Elianny Sofia Navas Sanchez</u>      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Yohana Sanchez</u>                                                                                      |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Yohana Sanchez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SAREZ - LEIDY MARTINEZ</u>                                     |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                       |         |                                                                                                    | 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              | Se realizó activación de póliza: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                                                                                                 | HORA    | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 18/06 2024                                                                                                                                            | 7:50 am | Jardin Salon Parvulos A                                                                            | Siendo las 7:50 am del día 18/06/24 ingreso la niña en compañía de la madre, la cual refiere que: "Prote trabajo la niña por que a ella le hace falta su jardín y la pregunta mucho y ademas va. esta bien termino tratamiento de medicamentos". La niña ingreso en aparente buenas condiciones físico y emocionales. Se indica que la niña quedara bajo observación durante el día y se socializan novedades realizadas desde el día 04/06/24 al 17/06/24 mediante lectura, la madre acepta y comprende, firmo novedad de ingreso finalización del registro. |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                   |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SAREZ / C.A. SAREZ                                                                     |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | Yohana Sanchez 2431427                               |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                       |         |                                                                                                    | 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              | Se realizó activación de póliza: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                                                                                                 | HORA    | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 18/06 2024                                                                                                                                            | 16:05   | Jardin Salon Parvulos A                                                                            | Siendo las 16:05 del día 18/06/24 sale la niña en compañía de la mamá, a la cual se le informa que la niña no presento ninguna novedad y participa actualmente del desarrollo de las actividades propuestas, consumo todos los alimentos suministrados en el jardín, la niña sale en aparente buenas condiciones físico y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad finalización del registro.                                                                                                                                                |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                   |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SAREZ / C.A. SAREZ                                                                     |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | Yohana Sanchez 2431427                               |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                       |         |                                                                                                    | 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              | Se realizó activación de póliza: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                                                                                                 | HORA    | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 24/06 2024                                                                                                                                            | 9:00    | Jardin Salon Parvulos A                                                                            | Siendo las 9:00 del día 24/06/24 la profesional de atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la señora Yohana Sanchez al número celular 3158003253 para preguntar porque no vino la niña al jardín a lo cual refiere que "Prote la niña sigue congestionada" se le recomienda llevar al médico. Se le indica a la madre que la información suministrada queda bajo novedad. La madre comprende y acepta la información. Finalización del registro.                                                                                          |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                   |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M.                                                                              |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | NO APLICA                                            |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                       |         |                                                                                                    | 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              | Se realizó activación de póliza: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                                                                                                                 | HORA    | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 25/06 2024                                                                                                                                            | 9:10    | Jardin Salon Parvulos A                                                                            | Siendo las 9:10 del día 25/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la señora Yohana Sanchez al número celular 3158003253 para preguntar porque no vino la niña al jardín a lo cual refieren que "la niña sigue con tos y fiebre" se le recomienda llevar al médico. Se le indica también que la información suministrada queda bajo novedad. La madre acepta y comprende la información.                                                                                                                          |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                   |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M.                                                                              |         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | NO APLICA                                            |  |  |  |  |  |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                         |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <br>ALCALDIA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL |                                                                         | Código: FOR-PSS-309                 |
|                                                                                                                                                              | FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES                                     |                                                                         | Versión: 0                          |
|                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                         | Fecha: Memo 2021015300 - 20/05/2021 |
|                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                         | Página: 2 de 2                      |
| LOCALIDAD <u>Bosa</u>                                                                                                                                        | UNIDAD OPERATIVA: <u>J. I. Paves</u>                              | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                     |                                     |
| NIVEL <u>Parvulos A</u>                                                                                                                                      | NIIP: <u>1023489135</u>                                           | NIÑA O NIÑO: <u>Elvanny Sofia Navas Sanchez</u>                         |                                     |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Yohana Sanchez</u>                                                                                             |                                                                   |                                                                         |                                     |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Yohana Sanchez</u>                                                                                                                   |                                                                   | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez / Leidy Martinez</u> |                                     |

| TIPO DE NOVEDAD                                                          |      |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                    | HORA | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 26/06<br>2024                                                            | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 9:00 del día 26/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica con la Señora Yohana Sanchez al numero 3158003253 para preguntar por que no vino la niña la cual refiere "Por que aún sigue con gestiones, pero ya mejor mamá ya asiste" Se le indica a la mamá que la información suministrada queda bajo novedad, la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      |      |                                  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. |      |                                  | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                          |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                    | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 27/06<br>2024                                                            | 8:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 8:00 del día 27/06/24 ingresa la niña en compañía de su madre la cual refiere "profe ya está mejor la niña" se le indica que la niña queda bajo observación en el día, la niña ingresa en condiciones buenas condiciones físicas y emocionales, se socializa la novedad del día 26/06/24 por medio de lectura. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. |      |                               | Yohana Sanchez 2431427                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                          |       |                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                    | HORA  | LUGAR                            | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 27/06<br>2024                                                            | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos<br>A | Siendo las 16:00 del día 27/06/24 la niña sale en compañía de su madre a la cual se le informa que la niña no presentó novedad durante el día y que participó activamente en las actividades desarrolladas y consumo los alimentos suministrados por el Jardín. La niña sale en buenas condiciones físicas, emocionales por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      |       |                                  | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. |       |                                  | Yohana Sanchez 2431427                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                        |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                        |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                        |



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL  
FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309

Versión: 0

Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021

Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Bosa UNIDAD OPERATIVA: J.1 Raices RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohely Pedraza

NIVEL: Parvulos A NIUIP: 10121474198 NIÑA O NIÑO: Luciana Briceño Quintero

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Tatiana Quintero PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: CLAUDIA SUAREZ / LEIDY MARTINEZ

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|-------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                   | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 24/06<br>2024                                                           | 9 00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:00 del día 24/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martínez se comunica con la Señora Tatiana Quintero al número celular 3143217071 para saber por qué no vino al jardín a lo cual la mamá refiere que "porque la niña está muy congestionada la voy a cuidar en casa" se le recomienda llevarla al médico. Se le indica a la mamá que la información suministrada queda registrada bajo novedad, la mamá acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martínez / Leidy M |      |                               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|-------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                   | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 25/06<br>2024                                                           | 8 00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 8:00 del día 25/06/24 la niña ingresa en compañía del padre al cual se le informa que la niña quedará bajo observación durante el día, la niña ingresa en excelentes buenas condiciones de salud, física y emocionalmente. El padre comprende y acepta la información. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |      |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martínez / Leidy M |      |                               | Freilan Briceño cadena 61239096                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                   | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 25/06<br>2024                                                           | 16 00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 16:00 del día 25/06/24 la niña sale en compañía de la madre a la cual se le informa que no presenta la niña novedades y que participa activamente en las actividades desarrolladas y consume todos los alimentos suministrados en el jardín. El niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |       |                               | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martínez / Leidy M |       |                               | Tatiana Quintero 1000137174                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 12021015300 -<br>20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: _____                                                                                                                                          | UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                            | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                            |
| NIVEL: _____                                                                                                                                              | NIIP: _____                                                                                        | NIÑA O NIÑO: _____                                                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| 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:<br>SI ____ NO ____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO ____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL  
FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309

Versión: 0

Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021

Página: 1 de 2

LOCALIDAD: BOSA UNIDAD OPERATIVA: J1 Raíces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohora Pedraza  
NIVEL: Parvulos A NIUIP: CD366644 NIÑA O NIÑO: Matthews Santiago Amays Diaz  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Dennifer Amays  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Dennifer Amays PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: CLAUDIA SUAREZ - LEIDY MARTINEZ

| TIPO DE NOVEDAD                                                                       |         |                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                 | HORA    | LUGAR                   | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 17/06/2024                                                                            | 9:30 am | Jardín Salón Parvulos A | Siendo las 9:30 am del día 17/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SUAREZ, realizó llamado telefónico a la señora Dennifer Amays madre del niño, al número celular 321-741720 para saber por qué no vino el niño, la madre refiere que: "Profe es que no había agua y no tenía con qué organizarlo entonces lo deje ora en casa con migo". Se recuerda a la madre la importancia de cumplir con los horarios del jardín. Se indica que la información suministrada quedó bajo novedad. La madre acepta y comprende. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                   |         |                         | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.P.D. SUAREZ |         |                         | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                       |         |                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                 | HORA    | LUGAR                   | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2024                                                                            | 8:00 am | Jardín Salón Parvulos A | Siendo las 8:00 am del día 18/06/24 ingresa el niño en compañía de la madre la cual refiere que: "Profe que pero no traerlo ayer pero no me gusta sacarlo surto de casa". Se recuerda la importancia de cumplir con los horarios del jardín. El niño ingresa en aparente buenos condiciones físicas y emocionales. Se indica que el niño estuvo bajo observación durante el día y se socializa. Novedad realizada el día 17/06/24 mediante letra. La madre acepta y firma novedad de ingreso. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                   |         |                         | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.P.D. SUAREZ |         |                         | Dennifer Amays 7182506                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                       |       |                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                 | HORA  | LUGAR                   | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2024                                                                            | 16:00 | Jardín Salón Parvulos A | Siendo las 16:00 del día 18/06/24 sale el niño en compañía de la madre o la cual se le informó que el niño no presentó ninguna novedad y participo activamente del desarrollo de las actividades propuestas y consumo todos los alimentos suministrados en el jardín. El niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales, por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                   |       |                         | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.P.D. SUAREZ |       |                         | Dennifer Amays 7182506                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |       |                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                   | HORA  | LUGAR                   | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06/2024                                                              | 11:20 | Jardín Salón Parvulos A | Siendo las 11:20 del día 24/06/24 ingresa el niño en compañía de la madre quien refiere que está en cita médica, y entrega evidencia de ella. El niño ingresa en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales. Se le informa a la madre que el niño queda bajo observación durante el día. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |       |                         | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / LEIDY M |       |                         | Dennifer Amays 7182506                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDIA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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 (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                              |                                                                                                    |                                                                                              |
| NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____                                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                              |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                              |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

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 Bosa UNIDAD OPERATIVA J. I. Paces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Nohara Patricia  
NIVEL Parvulos A NUIP: 1012444152 NIÑA O NIÑO: Ashly Colmenares Buena  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Carlos Colmenares  
ACUDIENTE PRINCIPAL Carlos Colmenares PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Clavlia Suarez / Leidy Martinez

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06<br>2024   | 9:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 9:10 del día 24/06/24 la profesional en atención en primera infancia Leidy Martinez se comunica vía telefónica con el Señor Carlos Colmenares al número celular 3228996738 pero no fue posible la comunicación llamada fallida quedamos saber el porque la niña no asistió al jardín. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M | NO APLICA                                            |

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024   | 7:50 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 7:50 del día 25/06/24 la niña ingresa en compañía del padre al cual se le recuerda la importancia de cumplir con los horarios del jardín la niña ingresa en buenas condiciones físicas y emocionales. Se indica que la niña estará bajo observación durante el día y se socializa novedad del día 24/06/24 mediante lectura el padre acepta y comprende la información. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

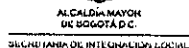
|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M | Carlos Colmenares 21531891                           |

| TIPO DE NOVEDAD |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024   | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 16:00 del día 25/06/24 la niña sale en compañía de padre donde se le informa que la niña no presenta ninguna novedad durante el día y participó activamente en las actividades propuestas así mismo consumió los alimentos suministrados en el jardín la niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M | Carlos Colmenares 21531891                           |

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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                                            |



### FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Página: 2 de 2

ACUDIENTE PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL \_\_\_\_\_

[illegible]

|                                                                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN 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: <u>Bosa</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>J. E. Raíces</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                         |                                                                                                    |                                                                                             |
| NIVEL: <u>Parvulos A</u> NUIP: <u>101262058</u> NIÑA O NIÑO: <u>Lindy Sarmy Cusas Gamba</u>                                                              |                                                                                                    |                                                                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Patricia Gamba</u>                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Patricia Gamba</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Claudia Suarez/Leidy Martinez</u>                                         |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                         |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                   | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 13/06<br>2024                                                           | 1400 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 1400 del día 13/06/24 la niña sale en compañía de la madre a la cual se le informa que la niña no presentó ninguna novedad y participó activamente en el desarrollo de las actividades propuestas durante el día. La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales. Se hace entrega de paquete nutricional (galletas, lácteo y fruta). Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   | Fanny Patricia Gamba 1012453972                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                           |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                     | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 14/06<br>2024                                                             | 1600 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 1600 del día 14/06/24 sale la niña en compañía de la madre a la cual se le informa que la niña continúa en su proceso de control de estíter, del mismo modo, se le indica que el Jardín Raíces le suministra los pañales que la niña requiera para su adecuada higiene durante dicho proceso, la madre comprende y acepta la información. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD       |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>Leidy Martinez M / Leidy M. |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | Fanny Patricia Gamba 1012453972                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                        |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                  | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06<br>2024                                                                          | 1610 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 1610 del día 20/06/24 sale la niña en compañía de la madre la señora Fanny Gamba, a la cual se le informa que la niña continúa en su proceso de control de estíter del mismo modo se le indica que el Jardín Raíces le proporciona los pañales que la niña requiere para su adecuada higiene durante dicho proceso del día 17/06/24 al 20/06/24 la madre comprende y acepta la información. Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                    |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional de Atención a Primera Infancia<br>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / Claudia Suarez |      |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   | Fanny Patricia Gamba 1012453972                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                          |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                    | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06<br>2024                                                            | 13:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 13:10 del día 24/06/24 sale la niña en compañía de la madre a la cual se le informa que la niña consumió los alimentos de manera adecuada, la niña sale tempranamente porque la mamá refiere "tengo que hacer una diligencia personal". La niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales. Se hace entrega de paquete nutricional (galletas, manzana y lácteo). Finalización del registro. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD      |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | Fanny Patricia Gamba 1012453972                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTELIGENCIA SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309

Versión: 0

Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021

Página: 2 de 2

LOCALIDAD: Bosa UNIDAD OPERATIVA: J.1 Raíces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohora Pedraza

NIVEL: Ponvulos A NUIP: 101262058 NIÑA O NIÑO: Lindy Sarah Casas Gamba

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Patricia Gamba

ACUDIENTE PRINCIPAL: Patricia Gamba PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Claudia Suarez / Leidy Martinez

| TIPO DE NOVEDAD |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 28/06<br>2024   | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Ponvulos A | Siendo las 16:00 del día 28/06/24 la niña sale en compañía de la madre a la cual se le informa que la niña continúa en su proceso de control de crecimiento del mismo modo se le indica que el Jardín Raíces le proporciona los pañales que la niña requiere para su adecuada higiene durante dicho proceso del día 24/06/24 al 28/06/24 la madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                       |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primera infancia<br>Leidy Martinez / LEIDY | Fanny Patricia Gamba 1012453972                      |

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------|--------------|------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br><br>A<br><br>P<br><br>L<br><br>I<br><br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br><br>A<br><br>P<br>L<br><br>I<br><br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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                                            |



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309

Versión: 0

Fecha: Memo (2021015300 - 20/05/2021)

Página: 2 de 2

LOCALIDAD: BOSA UNIDAD OPERATIVA: J. L. POICES RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohelia Peraza

NIVEL: Parvulos A NUIP: 1018172073 NIÑA O NIÑO: Thiago Mathias Gonzalez Forero

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Leidy Forero

ACUDIENTE PRINCIPAL: Leidy Forero PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Claudia Suarez / Leidy Martinez M.

| TIPO DE NOVEDAD |      |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024   | 8:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 8:00 del día 25/06/24 Ingresó el niño en compañía de la mamá a la cual se le indica que el niño quedará bajo observación durante el día, así como la importancia de cumplir con los horarios del jardín. El niño ingresa en aparentes buenas condiciones físicas y emocionales. La madre acepta y comprende la información. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primer infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. | Leidy Johana F. 1005304000                           |

| TIPO DE NOVEDAD |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06<br>2024   | 16:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvulos A | Siendo las 16:00 del día 25/06/24 el niño sale en compañía de la madre a la cual se le informa que el niño no presentó novedad durante el día y que participó activamente en el desarrollo de las actividades propuestas, de igual modo consumió todas las alimentos suministrados por el jardín. El niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales por lo anterior se hace cierre de la novedad. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD     | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Profesional en atención en primer infancia<br>Leidy Martinez / Leidy M. | Leidy Johana 1005304000                              |

| TIPO DE NOVEDAD |              |              | 1                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------|--------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
| NO<br>APLICA    | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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                                            |

|                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                    |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTELIGENCIA 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 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|                                                                                                                                                            | LOCALIDAD: <u>BOSA</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Raloes</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Néstor Pedraza</u>                                         |
|                                                                                                                                                            | NIVEL: <u>Parvula A</u>                                                                            | NUIP: <u>109817073</u>             | NIÑA O NIÑO: <u>Thiago Mathias Gonzalez Forero</u>                                          |
|                                                                                                                                                            | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Ledy Forero</u>                                      |                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Ledy Forero</u>                                                                                                                    |                                                                                                    |                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>CLAUDIA SUAREZ LEIDY MARTINEZ</u>                       |

| TIPO DE NOVEDAD |            |                              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA       | LUGAR                        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 17/06<br>2024   | 8:40<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvula A | Siendo las 8:40 am del día 17/06/24 la profesora en atención de primer infancia (CLAUDIA SUAREZ) realizó llamado telefónico a la señora Ledy Forero madre del niño para saber por qué no vino el niño al jardín, al número celular 3004074726 la madre refiere que: "Profe el niño tiene cita de pediatría. Se recomienda traer soporte médico al jardín. Se indica que la información suministrada queda registrada bajo novedad. la madre acepta y comprende. finalización del registro" |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                    |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br/>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.A. SUAREZ</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |            |                              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA       | LUGAR                        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06<br>2024   | 7:50<br>am | Jardín<br>Salón<br>Parvula A | Siendo las 7:50 am del día 18/06/24 ingresa el niño en compañía de la madre, la cual refiere que: "Profe imagínese que me cancelaron la cita y me hicieron perder la ida hasta allá y pero no la atendieron". Se recomienda sacar nuevamente cita, el niño ingresa en aparente buenas condiciones físico y emocionales, se socializa novedad realizado el día 17/06/24 mediante lectura y se informa que el niño quedará bajo observación durante el día, la madre acepta y firma novedad de ingreso. finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br/>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.A. SUAREZ</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Ledy Johana Forero Hernandez 1005304000</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |       |                              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR                        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06<br>2024   | 16:10 | Jardín<br>Salón<br>Parvula A | Siendo las 16:10 del día 18/06/24 sale el niño en compañía de la madre, a la cual se le informa que el niño no presenta ninguna novedad y participa activamente del desarrollo de las actividades propuestas del mismo modo consumió todos los alimentos suministrados en el jardín. El niño sale en buenas condiciones físico y emocionales. Por lo anterior se hace cierre de la novedad. finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA<br/>CLAUDIA PATRICIA SUAREZ / C.A. SUAREZ</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Ledy Johana Forero Hernandez 1005304000</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| TIPO DE NOVEDAD |      |                              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR                        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06<br>2024   | 9:00 | Jardín<br>Salón<br>Parvula A | Siendo las 9:00 del día 24/06/24 la profesora en atención en primer infancia se comunica vía telefónica con la Señora Ledy Forero al número celular 3004074726 para saber por qué no vino el niño al jardín. Pero no fue posible la comunicación (llamada fallida). finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                      |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional en atención en primer infancia<br/>Ledy Martinez (LEIDY M)</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL  
FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-009  
Versión: 0  
Fecha: Mayo 2021016300 - 20/06/2021  
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: BOGOTÁ UNIDAD OPERATIVA: J1 PAICES RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohara Pedraza  
NIVEL: Parulosa NUIP: 1028546048 NIÑA O NIÑO: Maitha Fernanda Gil Yacuma  
MADRE/PAORE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Nohara Yacuma  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Tatiana Yacuma PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: CLAUDIA SÁNCHEZ LEIDY MARTÍNEZ

| TIPO DE NOVEDAD                                                                    |           |                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                              | HORA      | LUGAR                       | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 07/06<br>2024                                                                      | 900<br>am | Jardin<br>Salon<br>Parulosa | Siendo las 900 am del día 07/06/24 la profesional de atención a primera infancia CLAUDIA SÁNCHEZ realiza llamada telefónica a la señora Tatiana Yacuma madre de la niña al número celular 3244590895 para saber por qué no vino la niña al jardín la madre refiere que "Prote la niña para más noche con fiebre y por la deje acá en la casa con miop. haber como sigue" Se recomienda llevarla al médico y tener soporte al jardín se indica que la información queda registrada bajo novedad, la madre acepta y comprende. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                |           |                             | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| PROFESIONAL EN ATENCIÓN EN PRIMERA I<br>CLAUDIA PATRICIA SÁNCHEZ / CLAUDIA SÁNCHEZ |           |                             | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                    |           |                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                              | HORA      | LUGAR                       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 11/06<br>2024                                                                      | 800<br>am | Jardin<br>Salon<br>Parulosa | Siendo las 800 am del día 11/06/24 ingresa la niña en compañía de la madre, la cual refiere que: "Prote la niña está bien no la lleve al médico, ya que fue un resaca" y la trate en casa". La niña ingresa en aparente buenas condiciones física y emocionales, se indica a la madre que la niña queda bajo observación durante el día, del mismo modo se socializa novedad registrada el día 07/06/24 mediante lectura la madre acepta y comprende firma novedad de ingreso. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                |           |                             | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| PROFESIONAL EN ATENCIÓN EN PRIMERA I<br>CLAUDIA PATRICIA SÁNCHEZ / CLAUDIA SÁNCHEZ |           |                             | Ingris Yacuma 1000128598                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                    |      |                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                                              | HORA | LUGAR                       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 11/06<br>2024                                                                      | 1600 | Jardin<br>Salon<br>Parulosa | Siendo las 1600 del día 11/06/24 sale la niña en compañía de la madre a la cual se le informa que la niña no presenta ninguna novedad y pancho afortunadamente del desarrollo de los achudados propósitos, consumo todos los alimentos suministrados en el jardín, la niña sale en buenas condiciones físicas y emocionales por lo anterior se hace ciente de la novedad, finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                |      |                             | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| PROFESIONAL EN ATENCIÓN EN PRIMERA I<br>CLAUDIA PATRICIA SÁNCHEZ / CLAUDIA SÁNCHEZ |      |                             | Ingris Yacuma 1000128598                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | N<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                            |  |                                                                          |  |

|                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTELIGENCIA SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Mayo 12021015300<br>20/06/2021<br>Página: 2 de 2 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                   |                         |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| LOCALIDAD: _____                                                  | UNIDAD OPERATIVA: _____ | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____ |
| NIVEL: _____                                                      | NUIP: _____             | NIÑA O NIÑO: _____                  |
| MADRE/PAORE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____                  |                         |                                     |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____ |                         |                                     |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |              |              | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |              |              |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |              |              | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____ | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA         | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO<br>APLICA                                                        | NO<br>APLICA | NO<br>APLICA | NO<br>O<br>A<br>P<br>L<br>I<br>C<br>A                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| 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                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |