

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>Jl Paices</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Urbani Pedraza</u>                                        |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                                | NUIP: <u>1012473539</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Juan Alexander Soacha Cruz</u>                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Angy Lizet Soacha Cruz</u>                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                            |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Adriana Soacha</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcelo Burgos - Blanca Uscopera</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 04/06/2024      | 8:10 AM | Salón Pre Jardín A | Ingresa el niño en compañía de su mamá la señora Angy Soacha, quien manifiesta: "Profe buen día el niño ya está bien" La profesional socializa novedades anteriores e indica que el niño durante la jornada está en observación, a su vez se evidencia que el niño está en aparente buen estado de salud e ingresa con normalidad, la mamá refiere comprender y estar de acuerdo. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Jeidy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Marcelo Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Angie Soacha 1012320172</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 04/06/2024      | 16:00 pm | Salón Pre Jardín A | Se entrega el niño a la mamá la Señora Angy Soacha en buen estado de salud, se le informa que durante la jornada el niño participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no se evidencian síntomas de malestar, por lo tanto se da cierre a la presente novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Jeidy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Marcelo Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Angie Soacha 1012320172</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            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NO APLICA       | NO APLICA | NO 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<br><u>NO APLICA</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            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NO APLICA       | NO APLICA | NO 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<br><u>NO APLICA</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|



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: 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Rosa</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | UNIDAD OPERATIVA: <u>JI Balces</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>María Pedraza</u>                                           |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIPI: <u>1069832895</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Alan Samuel Ualina Bolaños</u>                                               |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Diana Paola Bolaños</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Diana Bolaños</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Mosquera</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                              |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                              |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HORA                                                                                               | LUGAR                                                                                        |
| 04/06/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10:15 AM                                                                                           | Salón Pre Jardín A                                                                           |
| DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                    |                                                                                              |
| La profesional realiza llamada telefónica al número 3209167586 de la Señora Diana Bolaños mamá del niño, con el fin de indagar motivo de inasistencia, sin embargo la llamada es fallida puesto que no contestan. Se envía mensaje vía whatsapp al mismo número pero tampoco se obtiene respuesta. Fin del registro.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                              |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                              |
| Jeidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                              |
| NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                              |
| NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                                                              |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                              |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HORA                                                                                               | LUGAR                                                                                        |
| 05/06/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 8:15 AM                                                                                            | Salón Pre Jardín A                                                                           |
| DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                                                              |
| Ingresa el niño en compañía de su mamá la Señora Diana Bolaños en aparente buen estado de salud. La profesional socializa novedades anteriores y pregunta por estado de salud del niño. La mamá refiere: "Hoy el niño ha estado bien, solo que como le comenté yo estoy muy enferma y voy a donde mi mamá que es clima calido, y hasta ayer pude devolverme" La profesional indica que el niño quedara en observación durante la primera y que es importante la asistencia permanente o en caso de ausencias traer justificación médica. La Señora manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |                                                                                                    |                                                                                              |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                              |
| Jeidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                              |
| NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                              |
| Diana Bolaños 1.069.832448                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                              |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                              |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HORA                                                                                               | LUGAR                                                                                        |
| 05/06/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 16:00 PM                                                                                           | Salón Pre Jardín A                                                                           |
| DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                                                              |
| Se entrega el niño a la mamá la Señora Diana Bolaños en buen estado de salud, se le informa a la mamá que durante la jornada el niño participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de alimentos y no se evidencian malestar, por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro.                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                    |                                                                                              |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                              |
| Jeidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                              |
| NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                              |
| Diana Bolaños 1.069.832448                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                              |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                              |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HORA                                                                                               | LUGAR                                                                                        |
| 17/06/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 9:20 AM                                                                                            | Salón Pre Jardín A                                                                           |
| DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                                                              |
| La profesional realiza llamada telefónica al número 3209167586 de la Señora Diana Bolaños mamá del niño, con el fin de indagar motivo de inasistencia. La mamá manifiesta: "Pese a no llevar el niño porque ayer tuvo fiebre y hoy amaneció con malestar y mojado" La profesional agradece e indica que de continuar así mejor llevarlo al médico, a su vez se informa que lo anterior queda registrado en novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro.                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                              |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                              |
| Jeidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                              |
| NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                              |
| 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: Bosa UNIDAD OPERATIVA: Ji Pailon RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nathalia Pedraza  
NIVEL: Pre Jardín A NUIP: 1069832895 NIÑA O NIÑO: Alan Samuel Molina Bolaños  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Diana Paola Bolaños  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Jhon Bolaños PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Marcela Burgos - Blanca Uspiguer

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 18/06/2024                                                          | 9:35 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3209167386 de la Señora Diana Bolaños mamá del niño indagando motivo de inasistencia, la Señora responde: "Pase buenos días no lo lleve porque Samuel sigue con malestar, estoy esperando que si le da fiebre si lo llevo al médico, o si se mejor hay menor lo llevo" la profesional indica que la entrada queda registrada en novedad. La mamá comprende y acepta. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| Jeny Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia      |         |                    | 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: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA    | LUGAR              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| 19/06/2024                                                          | 8:10 AM | Salón Pre Jardín A | Ingresa el niño en compañía de su mamá la Señora Diana Bolaños en aparente buen estado de Salud, la profesional Socializa novedad anterior e indaga por el estado de Salud del niño, la mamá responde: "Pase todo bien el niño, ya no tuvo fiebre desde ayer, sin embargo estaré pendiente de como este así" la profesional indica que durante la jornada quedará en observación, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| Jeny Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia   |         |                    | Diana Paola Bolaños 1069832448                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |

| 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 NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA     | LUGAR              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| 19/06/2024                                                          | 16:00 pm | Salón Pre Jardín A | Se entrega el niño a la mamá la Señora Diana, en perfecto estado de Salud, Se le informa que durante la jornada el niño participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de alimentos y no presenta síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| Jeny Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia      |          |                    | Diana Paola Bolaños 1069832448                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |

| 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 NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO 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 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>Ji Paices</u>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>María Pechera</u> |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                             |                | NUIP: <u>1034405128</u>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NIÑA O NIÑO: <u>Lina María de los Angeles Guerrero Marin</u> |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Katherin Marin</u>                                                                                       |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Katherin Marin</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanco Mosquera</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>04/06/2024</u>                                                                                                                                      | <u>9:45 AM</u> | <u>Salón Pre Jardín A</u>                                                                          | <u>La profesional realiza llamada al número 3185866894 de la Señora Katherin Marin mamá de la niña, con el fin de indagar motivo de insistencia, pero no es posible puesto que no contestan. Fin del registro.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                    |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>Leidy Marcela Burgos</u> Profesional de atención a primera infancia                                                                                 |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    | <u>NO APLICA</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: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>    |  |
| FECHA                                                                                                                                                  | HORA           | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>05/06/2024</u>                                                                                                                                      | <u>9:20 AM</u> | <u>Salón Pre Jardín A</u>                                                                          | <u>La profesional realiza llamada telefónica al número 3185866894 de la mamá de la niña la Señora Katherin, sin embargo la llamada es fallida. Se procede a llamar al número 3132485531 de la Señora Lina Castañeda acudiente de la niña, la cual responde y se procede a indagar motivo de insistencia de la niña, la Señora manifiesta: "Profe es que la niña ha estado malita del estómago, ayer la llevaron al médico y hoy está en exámenes", a la mamá se le da el celular, pero cuando llega le informo de la llamada". La profesional indica que lo anterior queda registrado en novedades y solicita que la mamá se comunique o se acerque al Jardín. La Señora manifiesta comprender y aceptar.</u> |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                    |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>Leidy Marcela Burgos</u> Profesional de atención a primera infancia                                                                                 |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    | <u>NO APLICA</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: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>    |  |
| FECHA                                                                                                                                                  | HORA           | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>06/06/2024</u>                                                                                                                                      | <u>9:15 AM</u> | <u>Salón Pre Jardín A</u>                                                                          | <u>La profesional realiza llamada telefónica al número 3185866894 de la Señora Katherin Marin mamá de la niña, con el fin de indagar motivo de insistencia, la Señora responde: "Profe es que no me había comunicado porque se me dañó el celular pero ya lo arreglé, y la niña es que estuvo malita del estómago y la lleve al médico y le mandaron exámenes porque no se si es alergia al ajo, entonces la llevaré ya la otra semana y le envío los reportes". La profesional indica que quedará al tanto de los reportes médicos e informa que lo anterior queda registrado en novedades, la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro.</u>                                                   |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                    |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>Leidy Marcela Burgos</u> Profesional de atención a primera infancia                                                                                 |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    | <u>NO APLICA</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: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>    |  |
| FECHA                                                                                                                                                  | HORA           | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>11/06/2024</u>                                                                                                                                      | <u>8:15 AM</u> | <u>Nivel de Jardín A</u>                                                                           | <u>La profesional realiza llamada número 3185866894 de la Señora Katherin Marin madre de la niña para indagar el motivo de la insistencia, la mamá nos informa "Profe buenos días, hoy no asiste la niña por que aun presenta malestar y prefiero cuidarla en casa hasta que este mejor yo le estare informando como continua" la profesional agradece la información y le indica que estará atenta. Se socializa la novedad con la mamá indicando que la información queda registrada de forma escrita la madre comprende y acepta.</u>                                                                                                                                                                      |                                                              |   |                                                    |                                                      |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                                                    |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>Profesional de atención a primera infancia</u> <u>Blanca Mosquera</u>                                                                               |                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |   |                                                    | <u>NO APLICA</u>                                     |   |   |   |   |                                                                                             |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: Momo (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Septima</u>                                                                                                                                 | UNIDAD OPERATIVA: <u>JE Polices</u>                                                                | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Mohora Pedraza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u>                                                                                                                                 | NUIP: <u>1034405128</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Lina Maria de los Angeles Guerrero Marin</u>                                 |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Katherin Marin</u>                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Katherin Marin</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca Masquer - Marcela Buzo</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 12/06/2024                                                                      | 7:55 Am | Nivel de Prejardin | Hay asiste la niña al jardín en compañía de su mamá la Señora Katherin Marin quien nos informa "Buenos días profesora le informo que la niña ya se encuentra bien sin embargo estoy atenta a si llamada si la niña presenta malestar aquí" La profesora le indica a la Señora Katherin que la niña hoy estuvo en observación y en la tarde le informaremos como continua se realiza la novedad la mamá la lee, la comprende y la firma. 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 Primeros Infancia<br>Blanca Masquer<br>Blanca Masquer |         |                    | Katherine Marin Castañeda = CC. 1.094.915.644                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 12/06/2024                                                                      | 16:00 pm | Nivel de Prejardin | Hay se entrega la niña a la señora Katherin madre de la niña y se le informa que durante el día la niña participo de las actividades y rutinas propuestas animadamente consumo sus alimentos en su totalidad y no se evidencia malestar por este motivo realizamos el cierre de la presente 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 Primeros Infancia<br>Blanca Masquer<br>Blanca Masquer |          |                    | Katherine Marin Castañeda CC. 1.094.915.644                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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                                                                       | 8:00 AM | Casa  | La Señora Katherin Marin mamá de la niña envia mensaje via Whatsapp desde el número 3185866894 informando, "Profe hoy no llevo a Lina Maria porque el viernes cuando salio se mojó con la lluvia y se resfrió, entonces la tengo en casa abrigada" La profesora indica que la enferma queda registrada en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Buzo 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Buzo |         |       | 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                                                                       | 9:10 AM | Salón Prejardin A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3185866894 de la Señora Katherin Marin mamá de la niña, indagando motivo de inasistencia. La Señora responde: "Profe la niña ayer y noche estuvo mejor, pero como continuo con frío y parece que va a llover no la puedo sacar de la casa para se enferme más, mañana la llevo" La profesora indica que la enferma queda registrada en novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Buzo 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Buzo |         |                   | 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: <u>Bosa</u>                                                     | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Raíces</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohem Pedraza</u> |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                 | NUIP: <u>1053628866</u>            | NIÑA O NIÑO: <u>Jhohan David Yaimon Torres</u>     |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Yuseidis Torres Valiente</u> |                                    |                                                    |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Juz Carlos Pérez</u>                               |                                    |                                                    |
| PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Carola Burgos - Blanca Mosquera</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                   |                                                                                                      |  |  |
| 04/06/2024                                                                                                                                | 7:00 AM | Casa  | La Sra. Yuseidis Torres mamá del niño, se comunicó telefónicamente desde el número 320867183, donde le da la siguiente información a la profesional: "Díjele al niño no va hoy y por ahora, mi mamá se enferma y debo ir a cuidarla, el niño estará con la profesional indica que debe realizar carta de Solicitud de Suspensión, la Sra. acepta y le envía inmediatamente vía WhatsApp, para realizar la gestión. A su vez se indica que la anterior queda registrada en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar." |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                   |                                                                                                      |  |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Jesdy Mariela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia |         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                   |                                                                                                   |  |  |
| 11/06/2024                                                                                                                         | 8:30 AM | Nivel de Pre Jardín A. | Hoy la profesional en atención a primera infancia realiza llamada a la Sra. Yuseidis Torres Valiente para indagar como se encuentran ella manifiesta "Buenos días Profe. nos encontramos bien gracias a Dios el niño está bien, cualquier situación que se presente yo le estaré informando" la profesional le indica que la información quedará registrada bajo novedad, el número al cual se realizó la llamada es el 320867183, se socializa la novedad con la madre quien la comprende y acepta." |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                   |                                                                                                   |  |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional de atención a primera infancia. Blanca Mosquera |         |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        | 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                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                   |  |  |
| 13/06/2024                                                                                                                        | 9:20 AM | Nivel de pre jardín | Hoy la profesional de atención a primera infancia realiza llamada al número 3208671831 para indagar como se encuentran pero no fue posible la comunicación ya que se va a sistema conzo de wts. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                   |  |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional de atención a primera infancia Blanca Mosquera |         |                     |                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                   |                                                                                                   |  |  |
| 18/06/2024                                                                                                                                | 9:45 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3208671831 de la Sra. Yuseidis Torres, con el fin de indagar motivo de continuidad de viaje y estado de Salud del niño. La Sra. responde "Díjele buen día, pero aún no se cuando regrese, todo depende de la evolución de Salud de mi mamá; el niño ha estado muy bien ya le envié una foto por WhatsApp" la profesional indica que la anterior queda registrada en novedad y recibe la foto del niño evidenciando que aparentemente está bien y contento. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                   |                                                                                                   |  |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Jesdy Mariela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia |         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>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>U1 Bosa</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>María Pedraza</u>                                                            |  |                                                                                                                |
| NIVEL: <u>Prejardín A</u>                                                                                                                                   | NUIP: <u>1053628866</u>          | NIÑA O NIÑO: <u>Jhony David Yarimon Torres</u>                                                                |  |                                                                                                                |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Yunerdis Torres Valiente</u>                                                                                  |                                  |                                                                                                               |  |                                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Luz dario Perez</u>                                                                                                                 |                                  | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcelo Bugas - Blanca Mosquera</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                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06/2024      | 10:20 AM | Salón Prejardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3208671831 de la mamá del niño la Señora Yunerdis Torres, con el fin de indagar motivo de inasistencia pero no fue posible obtener información porque no contestan. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                    |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Leidy Marcela Bugas 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcelo Bugas | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 25/06/2024      | 8:30 AM | Nivel de Prejardín A | La profesional realiza llamada al número 3208671831 a la señora Yunerdis para indagar como se encuentra el niño. La mamá manifiesta "Buenos días profesora el niño se encuentra bien, pero aun continuo cuidando a mi mamá y todavía no regresamos yo le estare informando, la profesional le indica a la mamá que esta información queda registrada bajo novedad la mamá comprende y acepta. 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 en atención a primera infancia Blanca Mosquera<br>Blanca Mosquera | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 27/06/2024      | 9:00 AM | Nivel de Prejardín A | Hay la Señora Yunerdis Torres envia mensaje por whatsapp al número 3208671831 indicando "Buenos días profesora nosotros nos encontramos bien el niño no ha presentado ninguna situación para reportar yo le estare informando cuando regresemos por que aun debo cuidar a mi mamá" la profesional le indica que esta información queda registrada bajo novedad la mamá comprende y acepta. 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 en atención a primera infancia Blanca Mosquera<br>Blanca Mosquera | 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 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 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|                                                                                                                                                          | LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>Ji Paices</u>                     | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Ushara Pedraza</u>                                         |
|                                                                                                                                                          | NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                         | NIÑ@ O NIÑO: <u>Joseph Santiago Gonzalez Rodriguez</u> | NIPI: <u>13000001851</u>                                                                    |
|                                                                                                                                                          | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Maider Johanna Rodriguez Gil</u>                     |                                                        |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Johanna Rodriguez</u>                                                                                                            |                                                                                                    |                                                        | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcelo Burgos - Blanca Masquero</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 05/06/2021                                                                                                                                       | 14:00 PM | Salón Pre Jardín A | Durante el tiempo transcurrido en la prestación del servicio, se ha evidenciado que el niño Joseph Gonzalez, Persiste en acciones y conductas disruptivas, por tal motivo se solicita el acompañamiento del equipo interdisciplinario de la unidad operativa en seguimiento y observación, con el fin de realizar acciones que fomenten el pleno desarrollo del niño. Por tal motivo se realiza remisión dirigida a profesional en psicología, educador especial y nutricionista. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia</u> |          |                    | 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                            | HORA    | LUGAR              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2021                                                                                                                                       | 8:00 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional se comunica telefónicamente al número 3134097785 de la Señora Maider Rodriguez acudiente del niño, indagando por el motivo de inasistencia. La Señora manifiesta: "Pase desde anoche el niño esta con molestia de gripa, y no quiere comer entonces le deje hoy haber como sigue, yo le estare informando" la profesional agradece e indica que lo anterior queda registrado en novedades. La Señora manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia</u> |         |                    | 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                            | HORA     | LUGAR              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 19/06/2021                                                                                                                                       | 10:00 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3134097785 de la Señora Johanna Rodriguez acudiente del niño, con el fin de indicar motivo de inasistencia, pero no es posible puesto que no contestan. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia</u> |          |                    | 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                            | HORA    | LUGAR              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06/2021                                                                                                                                       | 9:30 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3134097785 de la Señora Maider, indagando por el estado de salud del niño. La Señora responde: "Pase buenos días, el niño esta mejor, con moquitos, pero la que está muy enferma soy yo, por eso no lo he llevado, lo tengo aquí en casa porque no he salido" la profesional explica que lo anterior queda registrado en novedades, la Señora manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia</u> |         |                    | 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: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Septima</u>                                                                                                                                 | UNIDAD OPERATIVA: <u>II Palcos</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Redaza</u>                                           |
| NIVEL: <u>Prejardin</u>                                                                                                                                   | NUPI: <u>1300001851</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Joseph Santiago Gonzalez Rodriguez</u>                                       |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Maider Johanna Rodriguez G</u>                                                                              |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Maider Rodriguez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Banca Maxquera</u>                                                       |                                                                                                    |                                                                                              |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 24/06/2024      | 7:35 | Nivel de Prejardin | Hoy no asiste el niño al jardín la profesional de atención a primera infancia realiza llamadas al número 331697785 a la señora Maider Rodriguez acudiente del niño para indagar el motivo de la inasistencia pero no fue posible ya que se va a sistema correo de voz. 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 Banca Maxquera           | 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: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|---------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA    | LUGAR             | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| 25/06/2024      | 8:00 Am | Nivel Prejardin A | Hoy asiste el niño al jardín en compañía de su acudiente la señora Maider Rodriguez quien nos informa "Bueno" el niño se porta bien no asiste ayer por que yo debia realizar una diligencia y no tenia quien me recogiera el niño el durante el día estuvo bien la profesional le indica a la mamá que durante el día el estuvo en observación y le informamos si se evidencia alguna situación la madre comprende, acepta y firma la 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 en atención a primera infancia Banca Maxquera           | Maider Rodriguez C.C 52299425                        |

| 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 NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|----------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA     | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| 25/06/2024      | 16:00 Am | Nivel de Prejardin A | Hoy al entregar el niño se le informa a la señora Maider Rodriguez acudiente del niño que Joseph participo de las actividades propuestas y consumo de los alimentos preparados por la profesional, durante el día no se evidencia malestar por este motivo realizamos el cierre de la presente novedad la madre comprende y acepta. Fin de la 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 en atención a primera infancia Banca Maxquera           | Maider Rodriguez C.C 52299425                        |

| 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 NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-----------|-----------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| NO APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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: Mayo 2021015300 - 20/05/2021

Página: 2 de 2

LOCALIDAD: Bosa UNIDAD OPERATIVA: J1 Pulces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Ulises Pedraza  
NIVEL: Pre Jardín A NIIP: 1146148161 NIÑA O NIÑO: Orlan Fabian Fuenmayor Ramirez  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Dimaryin Ramirez  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Dimaryin Ramirez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Marcelo Burgos - Blanca Vasquez

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 4/20/2021                                                                                                                                         | 9:10 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefonica al número 3185283647 de la Señora Dimaryin Ramirez mamá del niño, con el fin de indagar motivo de inasistencia. La Señora responde: "Píjelo el niño no va hoy porque tiene tos y como está llorando no lo quiero sacar así de la casa, mañana lo llevo". La profesional indica que de continuo con los es mejor llevarlo al médico, a su vez informo que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD:<br><u>Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia</u> |         |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR:<br><u>NO APLICA</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: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                             | HORA    | LUGAR              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 4/20/2021                                                                                                                                         | 9:30 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional envia mensaje via whatsapp al número 3185283647 de la Señora Dimaryin Ramirez, mamá del niño indagando motivo de inasistencia. La mamá responde: "Píjelo el niño sigue con tos" la profesional indica que debido a las fallas recurrentes es mejor llevarlo al médico y traer soporte, la mamá refiere: "es que cuando lo llevo lo dejan hospitalizado y no quiero, pero bueno le sacare cita". La profesional indica que lo anterior queda registrado en novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD:<br><u>Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia</u> |         |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR:<br><u>NO APLICA.</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: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                             | HORA    | LUGAR              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                         |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 4/20/2021                                                                                                                                         | 9:20 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefonica al numero 3185283647 de la Señora Dimaryin Ramirez con el fin de indagar motivo de inasistencia. Pero la llamada es fallida. Finalización del registro. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD:<br><u>Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia</u> |         |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR:<br><u>NO APLICA</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: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                                                                                                     | HORA | LUGAR                 | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 11/06/2021                                                                                                                                | 9:55 | Nivel de Pre jardín A | Hoy asiste el niño Orlan en compañía de su mamá la Señora Dimaryin Ramirez quien manifiesta "Buenos días profesora le informo que ya el niño se encuentra mejor sin embargo yo estoy atenta a su llamado por si el niño presenta tos o fiebre". Al iniciar la profesional observa que el niño se presenta con aparente buen estado de ánimo y físico y le informa a la mamá que durante el día el niño estará en observación y en la tarde le informaremos como continue. Se socializa lo escrito la madre comprende y acepta. |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD:<br><u>Profesional en atención a primera infancia: Blanca Vasquez</u> |      |                       | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR:<br><u>Blanca Vasquez 24.90/891</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Septima</u>                                                                                                                                 | UNIDAD OPERATIVA: <u>II Paices</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohara Pedraza</u>                                            |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u>                                                                                                                                 | NUIP: <u>1446148161</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Orian Fabian Fuenmayor Ramirez</u>                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Dimaryin Ramirez</u>                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Dimaryin Ramirez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Bianca Mosquera - Marcela Burgos</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 11/06/2024      | 16:00 Am. | Nivel prejardin A. | Hay se entrega el niño Orian Fabian a la Señora Dimaryin Ramirez madre del niño en perfecto estado físico y emocional se le informa que durante el desarrollo de las actividades y rutinas el niño participo animadamente, consumio sus alimentos en su totalidad y no se evidencia malestar por este motivo realizamos el cierre de la presente 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>Bianca E Mosquera<br>Blumfenz. | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Ramirez 24901891 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| 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 | NO APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

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

| 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 | NO APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

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

| 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 | NO APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

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

|                                                                                                                                                        |                                      |                                                                                                    |  |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 (201015300 - 20/05/2021)<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Septimo</u>                                                                                                                              | UNIDAD OPERATIVA: <u>(II Raíces)</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Redriza</u>                                                |  |                                                                                             |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u>                                                                                                                              | NIIP: <u>1201201876</u>              | NIÑA O NIÑO: <u>Valentina Mariaga Esqueru</u>                                                      |  |                                                                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Esmeralda Esqueru Palacios</u>                                                                           |                                      |                                                                                                    |  |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Betoli J Mejia Calbaro</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca Mosquera - Marcela Burgos</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 11/06/2024                                                          | 9:00 Am | Nivel de Prejardin A | Hoy nos informa la Señora Esmeralda Mariaga madre de la niña del número 3001818814 a través de mensaje por WhatsApp "Buenos días profesora le informo que hoy no asistirá la niña al jardín porque durante el fin de semana ella compartió con el papá y no la ha traído a la casa, si el la trae hoy mañana la llevaré al jardín yo le estare informando" la profesional le indica que esta información quedara registrada de forma escrita por novedad se socializa la madre la comprende y la acepta. 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                          |         |                      | Blanca Mosquera<br>Bleesfina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
|                                                                     |         |                      | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 12/06/2024                                                          | 8:50 Am. | Nivel de Prejardin A. | Hoy no asiste la niña al jardín la profesional de atención a primera infancia Blanca Mosquera realiza llamada al número 3001818814 de la señora Esmeralda Mariaga madre de la niña, para indagar el motivo de la inasistencia ella manifiesta "Buen día profe hoy no asiste la niña porque el papá continúa con ella y no la ha traído a la casa, ya hable con el reiterando la importancia de la asistencia de la niña al jardín" la profesional le indica a la mamá que esta información quedara registrada de forma escrita por novedad se socializa la madre comprende y 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                          |          |                       | Blanca Mosquera<br>Bleesfina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
|                                                                     |          |                       | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 13/06/2024                                                          | 7:30 Am. | Nivel de Prejardin | Hoy asiste la niña al jardín en compañía de su mamá la señora Esmeralda Esqueru quien nos informa "Buenos días profesora ayer en la noche el papá de la niña la trajo a casa como él estaba de descanso compartió con ella la niña ha estado bien de salud" la profesional agradece la información y le indica que durante el día la niña estará en observación y en la tarde le informaremos como estuvo la niña. la madre comprende Acepta y firma la 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                          |          |                    | Blanca Mosquera<br>Bleesfina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
|                                                                     |          |                    | Esmeralda E.P. 1047481712                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 13/06/2024                                                          | 16:00 Am. | Nivel de Prejardin A. | Hoy se informa a la señora Esmeralda Esqueru madre de la niña que durante el día Valentina participó de las actividades y rutinas animadamente, consume conexos sus alimentos y no se evidencia ningún malestar por este motivo realizamos el cierre de la presente novedad. se socializa lo evento con la mamá quien la comprende y acepta. 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                          |           |                       | Blanca Mosquera<br>Bleesfina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
|                                                                     |           |                       | Esmeralda E.P. 1047481712                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>Jl Paico</u>                                                                  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nolito Pedraza</u>                                           |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                                | NUIP: <u>1201284816</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Valentina Umayu Esquerro</u>                                                  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Esmeralda Esquerro Palacios</u>                                                                             |                                                                                                    |                                                                                               |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Esmeralda Esquerro</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Yairdo Borge - Blanca Umayu</u>                                        |                                                                                                    |                                                                                               |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                              |         |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2024                                                                                                                                   | 9:40 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3001818814 de la mamá de la niña la Señora Esmeralda Esquerro, con el fin de indicar motivo de inasistencia. La mamá responde: "Profe no lleve la niña porque anoche estuvo malita, como con dolor de pida, si sigue así la llevo al médico y le comento" La profesional indica que es mejor llevarla al médico y traer soporte, así como que la anterior queda registrada en novedad, la mamá comprende y acepta. Fin del registro. |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Borge</u> Profesional de atención a primera infancia |         |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                              |         |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 19/06/2024                                                                                                                                   | 9:15 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3001818814 de la Señora Esmeralda Esquerro mamá de la niña, indagando por el estado de Salud de la niña. La Señora responde: "Profe ayer lo lleve al médico y me dijeron que es alitis lo que tiene entonces le enviaron medicinas y ya la veo mejor pero le estoy haciendo el tratamiento" la profesional indica que debe enviar los soportes médicos y que la ausencia queda registrada en novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Borge</u> Profesional de atención a primera infancia |         |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                              |         |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06/2024                                                                                                                                   | 7:50 AM | Salón Pre Jardín A | Ingresa la niña en compañía de su mamá la Señora Esmeralda, en aparente buen estado de Salud, la mamá escucha la Socialización de las novedades anteriores e indica: "Profe ayer estuvo bien la niña, con el tratamiento que dio el doctor, entonces vengo por ella a las 14:00pm para darle el medicamento" la profesional agradece e indica que durante la jornada la niña quedará en observación. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Borge</u> Profesional de atención a primera infancia |         |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Esmeralda Esquerro</u> 1047481712                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                              |          |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06/2024                                                                                                                                   | 14:20 PM | Salón Pre Jardín A | Se entrega la niña a la mamá la Señora Esmeralda en buen estado de salud. Se le informa que durante la jornada la participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no presentó síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. Se le indica que la niña acaba de consumir refrigerio de la tarde y se hace entrega de paquete alimentario de la jornada Pedagógica. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Borge</u> Profesional de atención a primera infancia |          |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Esmeralda Esquerro</u> 1047481712                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |



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: Septhimo UNIDAD OPERATIVA: II Boices RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohara Pedraza  
NIVEL: Prejardín A NUIP: 1027450636 NIÑA O NIÑO: Evelyn NIKOL Herrero Guerrero  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Erika Bngith Herrero  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Carmen Julia Castilla PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Blanca Mosquera - Marcela Burgos

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| 12/06/2024                                                                         | 9:20 Am | Jardín: | Hay durante el refrigerio reportado se observa que la niña NIKOL presenta malestar en la mejilla izquierda quejándose al morder los alimentos, la profesional Blanca Mosquera realiza llamada al número 3006963942 a la señora Erika Herrero madre de la niña para informar el malestar que presenta su hija, la mamá asiste al jardín a las 9:40 am para llevar a la niña a este odontológico ya que el dolor persiste, se realiza entrega de paquete alimentario correspondiente a las onces de la niña el cual consta de Avena, Galleta de leche y manzana, la madre lee la novedad la acepta y la firma |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| 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: Blanca Mosquera <i>Blanca Mosquera</i> |         |         | 1000002787 Erika HERRERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 13/06/2024                                                                         | 8:00 Am | Nivel Prejardín A. | Hay la profesional de atención a primera infancia se comunica con la Señora Erika Herrero madre de la niña a través de mensaje por whatsapp del número 3006963942 ella no informa "Profe buenos días a NIKOL la atendo el odontólogo y evidencio sana la dentadura sin embargo hay continuación malestar y prefiero cuidarla en casa yo le estare informando como continua la niña la profesional le indica que la información queda registrada bajo novedad por socializar con ella la madre comprende y 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 en atención a primera infancia: Blanca Mosquera <i>Blanca Mosquera</i> |         |                    | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 14/06/2024                                                                     | 7:50 Am | Nivel Prejardín | Hay nos informa la Señora Erika Herrero madre de la niña a través de mensaje por whatsapp del número 3006963942 "Buen día profesora le informo que la niña hoy no asistirá por que presenta malestar y prefiero cuidarla en casa por este motivo la niña asistirá el lunes en su horario habitual" la profesional le indica a la mamá que esta información quedara registrada por novedad se socializo con ella la madre la comprende y la acepta. 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: Bonaguasquezo <i>Bonaguasquezo</i> |         |                 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 17/06/2024                                                                                    | 8:05 AM | Salón Prejardín A | Ingresa la niña en compañía de su mamá la Señora Erika Herrero en aparente buen estado de salud. Se le socializa novedades anteriores, la mamá manifiesta comprender e informar: "Profe pues la niña estuvo mejor el fin de semana, por eso la traje hoy, sin embargo cualquier caso me avisa" la profesional indica que durante la jornada quedará en observación |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                           |         |                   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| Jesdy Marcela Burgos - Profesional de atención a primera infancia <i>Jesdy Marcela Burgos</i> |         |                   | Erika Guerrero 100002787                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: <u>Bosa</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Baíces</u>                                    | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nolita Palaza</u>                                             |
|                                                                                                                                                           | NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                         | NIPI: <u>1022450636</u>                                               | NIÑA O NIÑO: <u>Evelyn Nikol Herrera Guerrero</u>                                              |
|                                                                                                                                                           | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Erica Brighth Herrera</u>                            |                                                                       |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Erica Herrera</u>                                                                                                                 |                                                                                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanco Usque</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      | 16:00 PM | Salón Pre Jardín A | Se entrega la niña a la mamá la Señora Erica Herrera en buen estado de salud. Se le informa que durante la jornada la niña participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no presenta síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Jesdy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>ERICA GUERRERO 1000002787</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      | 12:35 PM | Salón Pre Jardín A | Se entrega la niña a la mamá la Señora Erica en perfecto estado de salud, puesto que refiere: "Profe tengo cita de pediatría a las 2:30 pm en el oeste, mañana le traigo soporte" lo profesional indica que la niña terminó de consumir los alimentos en su totalidad y se entrega paquete alimentario que incluye lacteo, galletas y fruta. La mamá manifiesta aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                            |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Jesdy Marcela Burgos G. Profesional en atención en primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>ERICA GUERRERO 1000002787</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      | 7:15 AM | Salón Pre Jardín A | Ingresa la niña en compañía de su mamá la Señora Erica en aparente buen estado de salud. La mamá refiere: "Profe me fui muy tarde ayer y perdí la cita porque llegue a las 3, entonces debo reprogramar la niña está bien" lo profesional indica que quedará en observación durante la jornada. La mamá comprende y acepta. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                            |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Jesdy Marcela Burgos G. Profesional en atención en primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>ERICA GUERRERO 1000002787</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      | 16:00 PM | Salón Pre Jardín A | Se entrega el niño en compañía de su mamá la Señora Erica, en perfecto estado de salud. Se le indica que durante la jornada participó con normalidad de las actividades y consumió la totalidad de los alimentos. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                            |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Jesdy Marcela Burgos G. Profesional en atención en primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>ERICA GUERRERO 1000002787</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|



ALCALDÍA 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 I2021015300 -  
20/05/2021  
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Sepina UNIDAD OPERATIVA: J1 Paices RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohora Pedraza  
NIVEL: Prejardin A NUIP: 1146117460 NIÑA O NIÑO: Angel David Paez Rojas  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Paula Alexandra Rojas Mengua  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Paula Rojas PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Blanca Marquez - Monecia Bunge

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 13/06/2024                                                          | 8:30 Am. | Nivel de Prejardin | Hoy no asiste el niño al jardín la profesional Blanca Marquez realiza llamada a la señora Paula Rojas madre del niño al número 3105790481 para indagar el motivo de la inasistencia, ella manifiesta "Buenos días profesora le informo que Angel no asistirá estos días por que el está en un viaje y viajamos donde la Abuelita, el niño se encuentra muy bien y lo estaré informando. La profesional agradece la información y le indica a la mamá que esta información quedara escrita de forma escrita bajo novedad. |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | Continuación de la novedad la madre comprende y acepta. 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                          |           |           |                                                                                    |   |   | Blanca Marquez<br>Sherfer                            |   |   |   |   |   |    |                                           |                                      |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| CHA                                                                 | HORA    | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| 14/06/2024                                                          | 8:00 Am | Nivel de Prejardin A | Hoy la profesional de atención a primera infancia Blanca Marquez realiza llamada al número 3105790481 a la señora Paula Rojas madre del niño para indagar como se encuentra el niño pero no fue posible la comunicación porque se va a sistema correo de voz. 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                          |         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   | Blanca Marquez<br>Sherfer                            |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta: SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA    | LUGAR             | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |                                                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| 17/06/2024                                                          | 7:30 AM | Salón Prejardin A | Ingresa el niño en compañía de su mamá la Señora Paula Rojas, en aparente buen estado, la profesional socializa novedades anteriores y se indaga por el estado de salud del niño, la mamá indica: "Pase esto muy bien, estuvo en Silvania con el papá y los abuelos y llegó el fin de semana bien". La profesional indica que durante la jornada quedo en observación. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                       |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |
| Jady Marcela Bunge<br>Monecia Bunge                                 |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   | Profesional de atención a primera infancia<br>Paula Rojas M C.C 1018541227 |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                          |



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: <u>Septima</u>                                               | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Paraiso</u>                                      | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Valeria Pedraza</u> |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                              | NUIP: <u>1446143460</u>                                                  | NIÑA O NIÑO: <u>Angel David Paez Rojas</u>           |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Paula Alexandra Rojas</u> |                                                                          |                                                      |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Paula Rojas</u>                                 | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Yosquera</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 19/06/2021      | 16:00 PM | Salón Pre Jardín A | Se entrega el niño a la mamá la Señora Paula Rojas, en buen estado de salud, se le informa que durante la jornada el niño participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no se evidencian síntomas de malestar, por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Paula Rojas M. C.C. 1018511777</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 19/06/2021      | 12:45 PM | Salón Pre Jardín A | Se entrega el niño a la mamá la Señora Paula en perfecto estado de salud, puesto que la Señora refiere: "Puede llevarme el niño hacer una diligencia y el papá no alcanza a retirarlo a las 4:00, que pena y le agradezco su colaboración" la profesional informa que el niño ha consumido el almuerzo y hace entrega de refrigerio que contiene, galletas, leche y fruta, la mamá manifiesta comprender, aceptar y firma. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos G. Profesional en atención a primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Paula Rojas M. CC 1018511777</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                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06/2021      | 7:20 AM | Salón Pre Jardín A | Ingresa el niño en compañía de su mamá la Señora Paula en aparente buen estado de salud, la mamá manifiesta: "Puede el niño está bien, ayer no fue bien" la profesional indica que quedara en observación durante la jornada, la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos G. Profesional en atención a primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Paula Rojas M. CC 1018511777</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06/2021      | 16:00 PM | Salón Pre Jardín A | Se entrega el niño a la mamá la Señora Paula en perfecto estado de salud, se le informa que durante la jornada participó con normalidad de las diferentes actividades y consumió la totalidad de los alimentos, por lo tanto se da cierre a la presente novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos G. Profesional en atención a primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Paula Rojas M. CC 1018511777</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>Septima</u>                                                                                                                                 | UNIDAD OPERATIVA: <u>St Police</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Redaza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Prejordin A</u>                                                                                                                                 | NUIP: <u>1012473728</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Danna Michelle Ovuela Rivero</u>                                            |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Leidy Vanessa Rivero</u>                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Leidy Rivero</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca Márquez - Marcelo Burgos</u>                                          |                                                                                                    |                                                                                             |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |         |                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 4                                                    | X | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 13/06/2024                                                          | 8:00 Am | Nivel de Prejordin A | Hoy no asiste la niña la señora Leidy Rivero madre de Danna nos informa del número 3224850665 por mensaje de whatsapp "Buenos días profesora le informa que la niña presenta malestar y hoy la cuidare en casa, pero yo lo estare informando como continua, la profesora le indica a la mamá que esta informacion quedara registrada de forma escrita, bajo novedad La madre comprende y acepta. 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 Blanca Márquez           |         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |         |                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4                                                    | X | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 14/06/2024                                                          | 7:50 Am | Nivel de Prejordin A | Hoy nos informo la señora Leidy Rivero madre de Danna a través de mensaje por whatsapp del número 3224850665 "Buenos días profesora le informo que niña continua con malestar y prefiero cuidarla en casa. Si el malestar persiste la llevaré al doctor," la profesora le indica que esta informacion quedara registrada bajo novedad, esta se socializa la madre comprende y acepta. 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 Blanca Márquez           |         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |         |                   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X | 3 | 4                                                    | X | 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                                                          | 9:10 AM | Salón Prejordin A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3224850665 de la Señora Leidy Rivero mamá de la niña, con el fin de indagar motivo de inasistencia y estado de Salud de la niña, la mamá responde: "Profe pues la niña ha estado mejor, la lleve al médico y me dijeron que lo cuidara del frío, entonces como tiene ajenitos y con este clima mejor lo dejo en casa" La profesional indica que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcelo Burgos Profesional de atención a primera infancia     |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |         |                   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X | 3 | 4                                                    | X | 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                                                          | 7:25 AM | Salón Prejordin A | Ingresa la niña en compañía de su mamá la Señora Leidy Rivero, en aparente buen estado de Salud, se socializa novedades anteriores y la mamá refiere: "Profe la niña esta mucho mejor, en la noche le da un poquito de tos, pero de resto esta muy bien, como normal, la lleve al médico pero me dijeron que era virus" La profesional indica que durante la jornada quedara en observación. La mamá comprende y acepta. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcelo Burgos Profesional de atención a primera infancia     |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   | 1233695333                                           |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>Jl Paices</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahara Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Pre-Jardín A</u>                                                                                                                                | NUIP: <u>1012473718</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Danna Michelle Oyuela Rivero</u>                                            |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Leidi Vanessa Rivero</u>                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Leidi Rivero</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Mosquera</u>                                         |                                                                                                    |                                                                                             |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |
| 18/05/2021      | 16:00 PM | Jolón Pre-Jardín A | Se entrega la niña a la mamá la señora Leidi Rivero en buen estado de salud, se le informó que durante la jornada la niña participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no presentó síntomas de malestar por lo tanto se da cierre a la presente novedad, la mamá manifestó comprender y aceptar. Fin del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |

|                                                                                                                                               |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos</u> Profesional de atención a primera infancia | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Leidy Rivero</u> 123456789 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

| 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 APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |

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

| 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 APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |

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

| 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 APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                         |

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

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

|                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>Septima</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>El Paices</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                       |                                                                                                    |                                                                                             |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u> NUIP: <u>1012473369</u> NIÑA O NIÑO: <u>Veronica Anali Fuentes Roman</u>                                                     |                                                                                                    |                                                                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Johana Gabriela Roman</u>                                                                                |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Johana Roman</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca Marquez-Lopez (Zuzi)</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 14/06/2024                                                          | 8:00 AM | CASA  | Hoy nos informa la Señora Johana Roman madre de la niña a través de mensaje por whatsapp del número 3023657125 "Buenos días profesora le informo que hoy no asistió Veronica al jardín ya que presenta malestar y prefiero cuidarla en casa" la profesional agradece la información y le indica a la mamá que esta quedara registrada bajo novedad la madre comprende y acepta. 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                          |         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 17/06/2024                                                          | 7:45 AM | Salón Prejardin A | Ingreso la niña en compañía de su mamá la Señora Johana Roman en buen estado de Salud, la profesional Socializa novedad anterior e indaga por el estado de salud de la niña, la mamá refiere: "Pasa la niña estuvo mejor, el sábado fue a cita de pediatría y la remitieron al otorrino por la tos repetitiva, cuando tenga la cita le fuere el soporte" la profesional agradece e indica que durante la jornada quedara en observación, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia     |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   | Johana Roman 5689063                                 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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                                                          | 16:00 PM | Salón Prejardin A | Se entrego la niña a la mamá la Señora Johana Roman en buen estado de Salud, Se informa que durante la jornada, la niña participó con normalidad de las diferentes actividades, consumo la totalidad de alimentos y no se evidencia síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia     |          |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   | Johana Roman 5689063                                 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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 | 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 INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-308<br>Versión: 0<br>Fecha: Mayo 2021015300<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 APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C A        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><div style="text-align: center; height: 30px;">NO APLICA</div> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><div style="text-align: center; height: 30px;">NO APLICA</div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 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 O A P L I C A           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><div style="text-align: center; height: 30px;">NO APLICA</div> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><div style="text-align: center; height: 30px;">NO APLICA</div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 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 O A P L I C A           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><div style="text-align: center; height: 30px;">NO APLICA</div> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><div style="text-align: center; height: 30px;">NO APLICA</div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 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 O A P L I C A           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                 |           |           |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><div style="text-align: center; height: 30px;">NO APLICA</div> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><div style="text-align: center; height: 30px;">NO APLICA</div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <br><small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ S.C.</small><br><small>SECRETARÍA DE INTELIGENCIA SOCIAL</small> |         | <small>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</small><br><small>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</small> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                      |   |   |   |   |   | <small>Código: FOR-PSS-309</small><br><small>Versión: 0</small><br><small>Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021</small><br><small>Página: 1 de 2</small> |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| LOCALIDAD: <u>Septhima</u>                                                                                                                                                            |         | UNIDAD OPERATIVA: <u>II Polico</u>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohaa Pedraza</u>   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u>                                                                                                                                                             |         | NUIP: <u>10349830556</u>                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | NIÑA O NIÑO: <u>Laura Valentina Buitrago Moncada</u> |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Yesica Tatiana Buitrago Moncada</u>                                                                                                     |         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Matilde Buitrago</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Bianca Mosquera - Marcelo Burgos</u>                                                                 |         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 14/06/2024                                                                                                                                                                            | 8:47 Am | Nivel de Prejardin A                                                                                                             | <p>Hoy durante la actividad de bienvenida se observa que Laura presenta malestar estomacal, acompañado de llanto persistente. Se realiza llamada al número 3044982997 a la señora Yesica madre de la niña a las 8:47 Am para informarle que la niña presenta malestar, la señora Yesica asiste a las 9:05 por la niña, la profesional le indica los síntomas que presenta la niña y le sugiere llevar la niña al doctor, la madre manifiesta que así lo hará y nos estará informando como continúa la niña. Se realiza entrega de refugio.</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                                                                                                                                            |         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | Bianca Mosquera                                      |   |   |   |   |   | * Jessica 102449512                                                                                                                                     |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 17/06/2024                                                                                                                                                                            | 9:25    | Salon Prejardin A                                                                                                                | <p>La profesional envía mensaje via whatsapp al número 3044982997 de la señora Matilde Buitrago abuela de la niña con el fin de averiguar motivo de insistencia la señora manifiesta "Profesora buenos días hoy no llevaremos a la niña porque está con malestar de estomago entonces la dejamos para cuidarla acá" la profesional indica que lo anterior quedara registrado bajo novedad, la señora manifiesta comprender y aceptar fin 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 |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Leidy Morada Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia                                                                                                                     |         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | Marcelo Burgos                                       |   |   |   |   |   | NO APLICA                                                                                                                                               |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 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                                                                                                                                                                            | 9:00 Am | Salon Prejardin A                                                                                                                | <p>La profesional envía mensaje via whatsapp al número 3044982997 de la señora Matilde Buitrago abuela de la niña, solicitando información del estado de salud de la niña, la señora responde "Profesora la niña está mejor yo creo que ya mañana la llevaré, estoy esperando que hoy ya siga bien" la profesional le indica que de continuar con malestar es mejor llevarla al médico la señora refiere "no creo que haya necesidad pero yo le informo" la profesional le indica que lo anterior quedara registrado en novedad, la señora manifiesta comprender y aceptar. Fin 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 |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Leidy Morada Burgos 6. Profesional en atención a primera infancia.                                                                                                                    |         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | Marcelo Burgos                                       |   |   |   |   |   | NO APLICA                                                                                                                                               |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 3 | 4                                                    | 5 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 19/06/2024                                                                                                                                                                            | 9:40 Am | Salon. Prejardin A                                                                                                               | <p>La profesional envía mensaje via whatsapp al número 3044982997 de la señora Matilde Buitrago abuela de la niña indagando por el estado de salud de la niña, la señora responde "Profesora buenos días, la niña ha seguido malita y acá estamos todo en la casa con virus entonces yo creo que es por eso, toca esperar haber como sigue y la llevamos mañana" la profesional recomienda llevar a la niña al médico porque ya son varios días con malestar así mismo indica que lo anterior quedara registrado en novedad, la señora manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                         |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Leidy Morada Burgos 6. Profesional en atención a primera infancia.                                                                                                                    |         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | Marcelo Burgos                                       |   |   |   |   |   | NO APLICA                                                                                                                                               |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                          |                                                                                                    |                                    |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDE 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>Septima</u>                                                                          | UNIDAD OPERATIVA: <u>II Paises</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>N Ohora Pedraza</u>                                        |
|                                                                                                                                                          | NIVEL: <u>Preparin A</u>                                                                           | NIIP: <u>1074830556</u>            | NIÑA O NIÑO: <u>Laura Valentina Butrago Moncada</u>                                         |
|                                                                                                                                                          | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Jessica Butrago Moncada</u>                          |                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Matilde Butrago</u>                                                                                                              |                                                                                                    |                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcelo Burgos - Blanca Masquera</u>                    |

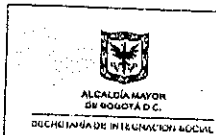
| TIPO DE NOVEDAD                                                                 |         |                   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20/06/2024                                                                      | 9:45 Am | Salon Prejardin A | La profesional se comunica via whatsapp al numero 319481997 de la Señora Matilde Butrago indagando por el estado de salud de la niña la Señora responde "Prope la niña todavía esta con malestar, con gripe y pues si no me cree pueden venir hacer visita, al medico no lo llevo por que los hospitales estan llenos de niños con virus y así no llevo la niña esperar a que este mejor" la profesional le indica que es probable llamar e indagar por los niños que no asisten todos los días, y que si continua la niña con malestar si o si se debe llevar al medico o pedir cita preventiva para no caer en negligencia asi mismo se indica que queda registrado en novedad la señora refiere aceptar. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD             |         |                   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leydy Marcelo Burgos Profesional en atención<br>Marcela Burgos Primera infancia |         |                   | N.O. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 24/06/2024                                                          | 8:00 Am | Nivel de Prejardin A | Hoy asiste la niña al jardín en compañía de su mamá la Señora Jessica Butrago quien manifiesta "Pues días profetora" "la niña ya se encuentra mejor gracias a Dios" la profesional le pregunta a la mamá si la llevaron al medico y tambien le solicita si trajo la copia de los certificados que estaban pendientes ella manifiesta que no tenía dinero para sacar las copias al ingreso la profesional observa que la niña se presenta con aparente buen estado de ánimo y le indica a la mamá que durante el día la niña estuvo en observación, la madre comprende y acepta. Fin 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<br>en primera infancia                      |         |                      | Blanca Masquera<br>102444512                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 24/06/2024                                                          | 16:00 Pm. | Nivel de Prejardin A | Hoy al entregar la niña a la mamá la señora Jessica se le informa que durante el día la niña participo de las actividades sin embargo se observa que al ponerse en pie le tiemblan las piernas y se nota algo decaída en su semblante, hoy consumo sus alimentos con apoyo de la profesional por lo tanto se continuara realizando observación a través de novedad hasta que la niña este bien. Se socializa la novedad con la mamá quien la comprende y la acepta. 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<br>en primera infancia                      |           |                      | Blanca Masquera<br>102444512                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 25/06/2024                                                          | 16:00 Pm. | Nivel Prejardin A | Hoy se informa a la señora Jessica madre de la niña que durante la jornada se observa que Laura presenta inestabilidad al caminar evidenciando que le tiemblan en ocasiones las piernas especialmente cuando se afirma para ponerse en pie y caminar, igualmente en los momentos de alimentación. Se identifica poca fuerza en la mano para sostener la cuchara, consumo sus alimentos con apoyo de la profesional la mamá refiere que solicitara esta medica a la madre. al socializar la novedad la comprende y 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 en atención<br>o primera infancia                       |           |                   | Blanca Masquera<br>102444512                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                      |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                      |           | 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>Ji Paices</u>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Walter Pedraza</u> |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                           |           | NUIP: <u>1029542571</u>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIÑA O NIÑO: <u>Thiago Jerónimo Alfaro Ariza</u>    |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Zuleidy Alejandra Alfaro</u>                                           |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Alejandro Alfaro</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanco Vasquez</u> |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                      |           |                                                                                                    | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                         |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 17/06/2024                                                                                                           | 9:30 AM   | Salón Pre Jardín A                                                                                 | La profesional realiza llamada telefónica al número 3219830708 de la Señora Alejandra Alfaro mamá del niño, con el fin de indagar motivo de inasistencia. La mamá responde: "Pofe voy a mirar como sigue y le cuento para llevarlo" La profesional le indica que es mejor llevarlo al médico y enviar sopores a su vez indica que lo anterior queda registrado en novedades la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Jordy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia                                                      |           |                                                                                                    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                      |           |                                                                                                    | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                         |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             | 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                                                                                                           | 7:55 AM   | Salón Pre Jardín A                                                                                 | Ingresó la niña en compañía de su mamá la Señora Alejandra Alfaro en buen estado de Salud, se le socializa novedad anterior y ella manifiesta: "Pofe yo le di unas remedios caseros y ayer lo vi mejor, al igual estoy pendiente por si le da algo" La profesional le indica que el niño quedará en observación durante la jornada. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Jordy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia                                                   |           |                                                                                                    | Alejandro Alfaro 1031158201                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                      |           |                                                                                                    | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                         |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             | 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                                                                                                           | 16:00 pm  | Salón Pre Jardín A                                                                                 | Se entregó el niño a la mamá la Señora Alejandra Alfaro en buen estado de Salud, se le informa que durante la jornada el niño participó con normalidad de las actividades, no se evidencian síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Jordy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia                                                      |           |                                                                                                    | Alejandro Alfaro 1031158201                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                      |           |                                                                                                    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             | Se realizó activación de póliza: 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 APLICA                                                                                                            | NO APLICA | NO 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                             |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |



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: Jl Paices RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Norcia Pedraza  
NIVEL: Pre Jardín A NIIP: 1023542531 NIÑA O NIÑO: Thiago Jerónimo Alfaro Aniza  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Zuleidy Alejandra Alfaro  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Alejandra Alfaro PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Marcelo Burgos - Blanca Mosquera

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 05/06/2024      | 14:00 PM | Salón Pre Jardín A | Durante el tiempo transcurrido en la prestación del Servicio, se ha evidenciado que el niño Thiago Alfaro persiste en acciones y conductas disruptivas, por tal motivo se solicita el acompañamiento psicosocial a través de la remisión a la profesional en psicología Haydee Bernate, en seguimiento y observación, con el fin de realizar acciones que fomenten el pleno desarrollo del niño. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                             |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos</u><br><u>Marcelo Burgos</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 11/06/2024      | 13:50 PM | Nivel de pre jardín A | Hoy se acerca al jardín la señora Zuleidy Alfaro madre del niño quien solicita retirar hoy a Thiago temprano del jardín ya que tiene cita médica, el niño sale después de consumir su almuerzo y se realiza entrega de paquete alimentario correspondiente a las meriendas reforzadas que costo de Avena, Galleta de leche y manzana, la profesional le indica que por favor traiga mañana el soporte médico, se realiza la novedad escrita la madre la lee la comprende y la acepta. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                    |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Blanca Mosquera</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Alejandra Alfaro 1031153201</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 12/06/2024      | 7:55 Am | Nivel de Prejardín A | Hoy asiste el niño en compañía de su mamá la señora Zuleidy Alfaro quien manifiesta "Buen día Profesora ayer atendieron al niño pero no me dieron soporte para entregarlo, la profesional le indica la importancia de solicitar estos soportes ya que es el respaldo y la justificación para la novedad, ella indica que lo tendrá en cuenta, la profesional también le indica que durante el día el niño estará en observación, se socializa con la mamá la novedad escrita quien la comprende la acepta y la firma. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                     |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional de atención a primera infancia:</u><br><u>Blanca Mosquera</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Alejandra Alfaro 1031153201</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 12/06/2024      | 16:00 PM | Nivel de Prejardín A | Hoy se entrega el niño en perfecto estado emocional y corporal se le indica a la mamá la señora Zuleidy Alfaro que el niño hoy participo de las actividades propuestas animadamente, compartió con sus amigos y consumió la totalidad de sus alimentos, no se evidenció malestar por este motivo realizamos el cierre de la presente novedad, se socializa con la mamá quien la comprende y la acepta. Finalización del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                    |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Blanca Mosquera</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Alejandra Alfaro 1031153201</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|



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: Ji Raices RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohara Pedraza  
NIVEL: Pre Jardín A NIIP: 1020010010 NIÑA O NIÑO: Maraviana Gutierrez Rodriguez  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Karen Andrea Rodriguez  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Rodriguez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Marcela Burgos - Blanca Mosquera

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 4/2021/06/2021                                                                        | 13:45 PM | Salón Pre Jardín A. | Se entrega la niña a la Señora Karen Rodriguez, en perfecto estado de Salud, puesto que la mamá refiere: "Pues tengo un control mio prenatal y no tengo quien la tenga mas tarde, entonces me la debo llevar" la profesional indica que la niña ha consumido el almuerzo con normalidad y hace entrega de paquete de refrigerio que incluye, paquete de galletas, laticios y fruta. La mamá comprende, acepta y firma en conformidad. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos G. Profesional en atención en primera infancia<br>Marcela Burgos |          |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   | Karen Rodriguez 1014245109                           |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 4/2021/06/2021                                                                        | 7:45 AM | Salón Pre Jardín A. | Ingresa la niña en compañía de su mamá la Señora Karen en aparente buen estado de Salud, la mamá refiere: "Pues la niña está bien de Salud," la profesional indica que durante la jornada quedará en observación la niña, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Leidy Marcela Burgos G. Profesional en atención en primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   | Karen Rodriguez 1014245104                           |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 4/2021/06/2021                                                                        | 16:00 PM | Salón Pre Jardín A. | Se entrega la niña a su mamá la Señora Karen en buen estado de Salud, se informa que durante la jornada participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no presentó síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Leidy Marcela Burgos G. Profesional en atención en primera infancia<br>Marcela Burgos |          |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | Karen Rodriguez 1014245104                           |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO 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 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                                                                                          | N O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 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 Raíces</u>                                                                 |  |                                                                          |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u> |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                             |  | NUIP: <u>1023418805</u>                                                                            |  | NIÑA O NIÑO: <u>Ashly Nathasha Perez Corillo</u>                         |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Alexandra Wladimir Perez</u>                                                                             |  |                                                                                                    |  |                                                                          |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Alexandra Perez</u>                                                                                                            |  |                                                                                                    |  | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Mosquera</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                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                      |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| 4/202/90/181                                                                      | 10:05 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3123674181 de la Señora Alexandra Perez mamá de la niña, con el fin de indagar motivo de inasistencia, pero no es posible establecer comunicación porque la Señora no contesta. 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 |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| Jeidy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                      |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 4/202/90/161                                                                      | 8:00 AM | Salón Pre Jardín A | Ingresa la niña en compañía de su mamá la Señora Alexandra Perez en aparente buen estado de Salud, la profesional socializa novedad anterior e indaga motivo de inasistencia del día anterior. La mamá responde: "Profe es que ayer hizo mucho frío y lloró y no quise sacarla porque usted sabe que sufre de asma y debo cuidarla" la profesional indica que durante la jornada quedará en observación, la Señora manifiesta comprender y aceptar. 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 |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| Jeidy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   | Alexandra Perez 29970662                             |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                      |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 4/202/90/161                                                                      | 16:00 pm | Salón Pre Jardín A | Se entrega la niña a la Señora Alexandra su mamá, en perfecto estado de Salud, se le informa que durante la jornada la niña participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no presentó síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| Jeidy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   | Alexandra Perez 29970662                             |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                      |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 4/202/90/162                                                        | 8:00 Am. | Nivel de Pre Jardín A | La profesional realiza llamada al número al número 312 3674181 de la Señora Alexandra Perez mamá de la niña con el fin de indagar el motivo de la inasistencia. la madre refiere "Buenos días profesora le informo que hoy la niña no asistió por que le van realizar un examen del sueño que inicia hoy y termina mañana" la profesional agradece la información y le indica a la mamá que esta información quedará registrada bajo novedad la madre comprende y acepta. 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>Blanca Mosquera       |          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 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: Septima UNIDAD OPERATIVA: IT Paices RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohor Pedrosa

NIVEL: Prejardina NUIP: 1023418805 NIÑA O NIÑO: Ashly Nathasha Perez Camilo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Alexandro Wladimir Perez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alexandra Perez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Blanca Herrera - Marcela Bango

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 28/06/2024                                                          | 9:30 Am | Nivel de Prejardín A | Hoy nos informa la señora Alexandra a través de mensaje por whatsapp del numero 3123624478 " Buenos días Profesora la niña se encuentra bien hoy finalizo el examen y esta descansando en casa, ella se encuentra bien gracias por preguntar por el martes asistirá la niña al jardín. La profesional le indica a la mamá que esta informacion quedara registrada bajo su nombre la madre comencando y acepto. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| Interpretación atendida a primera instancia<br><i>[Firma]</i>       |         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   | Blanca Herrera<br><i>[Firma]</i>                     |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD            |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO 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 <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD            |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO 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 <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD            |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO 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                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                               |                                                                             |

|                                                                                      |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |   |                                                      |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                      |           | 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>Ji Raices</u>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |   | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Naharro Pedrozo</u> |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u>                                                            |           | NUIP: <u>1002451357</u>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIÑA O NIÑO: <u>Liam Damian Sienra Cortes</u>                          |   |                                                      |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Yeimi Natalia Cortes Pardo</u>         |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |   |                                                      |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Natalia Cortes</u>                                           |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Urbano</u> |   |                                                      |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                      |           |                                                                                                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                    | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                        |   |                                                      |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 19/06/2024                                                                           | 9:20 AM   | Salón Prejardin A                                                                                  | La profesional realiza llamada telefónica al número 3108645321 de la Señora Natalia Cortes mamá del niño, con el fin de información sobre la ingesta del niño, la mamá refiere: "Prope bien día, el niño está con congestión y dolor de cabeza, no lo quiero sacar con este frío, mejor lo llevo mañana" la profesional indica que la anterior queda registrado en novedad. 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 |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Jeidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |   | N/A 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                        |   |                                                      |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 19/06/2024                                                                           | 7:45 AM   | Salón Prejardin A                                                                                  | El niño ingresa en compañía de su mamá la Señora Natalia Cortes en aparente buen estado de Salud. La profesional socializa novedad anterior e indaga por estado de Salud del niño, la Señora manifiesta: "Prope el niño está mejor, un poquito de tos y está es mi consentido" la profesional indica que durante la jornada el niño quedará en observación, la mamá manifiesta comprender y aceptar. |                                                                        |   |                                                      |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                  |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |   | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Jeidy Marcela Burgos 5. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |   | Natalia Cortes. 100139123                            |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                        |   |                                                      |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 19/06/2024                                                                           | 16:05 AM  | Salón Prejardin A                                                                                  | Se entrega el niño a la mamá la Señora Natalia Cortes en buen estado de Salud, se informa que durante la jornada el niño participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no presentó síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Jeidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |   | Natalia Cortes. 100139123                            |                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                      |           |                                                                                                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2                                                                      | 3 | 4                                                    | 5                                   | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                                                                                           | Se realizó activación de póliza: 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 APLICA                                                                            | NO APLICA | NO APLICA                                                                                          | N O A P L I C 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 INFORMACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-308<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 -<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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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: Mayo (2021) 15300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>Ji Raices</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohan Pedicosa</u>                                          |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                                | NIUIP: <u>1146148924</u>                                                                           | NIÑA O NIÑO: <u>Evan Damián Santamaría Guacaneme</u>                                         |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Dayana Marcela Guacaneme</u>                                                                                |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Cristian Santamaría</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Urbqueira</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                                                                           | 10:15 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamado telefónico al número 3118106640 de la Señora Dayana Guacaneme mamá del niño, con el fin de indagar motivo de inasistencia, pero la llamada es fallida por lo que envía a buzón de mensajes. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |          |                    |                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | 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                                                                           | 7:30 AM | Salón Pre Jardín A | Ingreso el niño en compañía de su mamá la Señora Dayana Guacaneme en aparente buen estado de Salud, la profesional socializa novedad anterior e indaga por motivo de inasistencia del día anterior, la mamá refiere: "Pase ayer se quedó dormido con el papá que estaba descansando y ya tarde no lo quiso traer, pero el niño está bien" la profesional indica que siempre debe informar motivo de inasistencia y que el niño estará en observación durante la jornada. La mamá acepta y comprende. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | Dayana Guacaneme 1030699157                          |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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                                                                           | 16:10 pm | Salón Pre Jardín A | Se entrega el niño a la mamá la Señora Dayana en buen estado de Salud, se le informa que durante la jornada la niña participó con participación de las diferentes actividades y consumió la totalidad de los alimentos. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   | Dayana Guacaneme 1030699157                          |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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 | 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 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: <u>Bosa</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Ralces</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Néstor Pedraza</u>                                            |
|                                                                                                                                                           | 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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: Mayo 2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |                                                                            |  |                                                                          |  |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                 |          |                                                                                                    | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Rince</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Yolcia Pedraza</u> |                                                      |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                             |          |                                                                                                    | NUIP: <u>1012472845</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  | NIÑA O NIÑO: <u>Tan Samuel Polido Avilar</u>        |                                                      |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Maria Alejandra Avilar</u>                                                                               |          |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                     |                                                      |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Carmen Julia Castillo</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Mosquera</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |                                                     |                                                      |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 19/06/2024                                                                                                                                             | 10:00 AM | Salón Pre Jardín A                                                                                 | La profesional realiza llamada telefónica al número 3132557542 de la Señora Alejandra Avilar mamá del niño con el fin de investigar motivo de inasistencia. La llamada no es adivina puesto que envía a buzón de mensajes. 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 |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos                                                                   |          |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                     | NO APLICA                                            |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                        |          |                                                                                                    | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |                                                     |                                                      |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 19/06/2024                                                                                                                                             | 9:45 AM  | Salón Pre Jardín A                                                                                 | La profesional realiza llamada telefónica al número 3132557542 de la Señora Alejandra Avilar mamá del niño, indagando motivo de inasistencia. La mamá responde: "Profe, buen día, no he podido llevar el niño porque ha tenido un poquito de tos, y yo estoy muy enferma y estoy incapacitada, entonces prefiero dejarlo acá conmigo estos días, el lunes ya lo llevaré con normalidad". La profesional indica que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos                                                                   |          |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                     | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |                                                     |                                                      |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 24/06/2024                                                                                                                                             | 8:00 AM  | Pre Jardín A                                                                                       | Hoy asiste el niño en compañía de su acudiente la señora Carmen quien manifiesta "Buenos días profesora le informo que Samuel se encuentra mejor durante estos días lo cuidaron en casa". La profesional observa que el niño se presenta en aparente buen estado de ánimo y físico y le indica a la acudiente que durante el día el niño estuvo en observación y se le informará por la tarde como continúa el niño la señora Carmen lee comprende y acepta la novedad. 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 en atención en primera infancia. Blanca Mosquera<br>Blanca Mosquera                                                                        |          |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                     | Carmen Castillo 39635631                             |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |                                                     |                                                      |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |
| 24/06/2024                                                                                                                                             | 16:00 PM | Nivel de Pre Jardín A                                                                              | Se entrega el niño a la Señora Carmen Castillo acudiente y se le informa que el niño durante el día participó de todas las actividades consumió sus alimentos con agrado y durante el día no se evidencia malestar por este motivo realizamos el cierre de la presente novedad. La señora Carmen la lee la comprende y 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 en atención en primera infancia. Blanca Mosquera<br>Blanca Mosquera                                                                        |          |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                     |                                                      |  |  |  |  |                                                                                            |                                                                            |  |                                                                          |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: _____ 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 (202105300 - 20/05/2021)<br>Página: 1 de 2 |
|                                                                                                                                                           | LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>Ji Pailon</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Voltaire Pedraza</u>                                       |
|                                                                                                                                                           | NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                         | NIPI: <u>1030710592</u>            | NIÑA O NIÑO: <u>Isaac Josue Mejia Moreno</u>                                                |
|                                                                                                                                                           | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Leidy Jovera Moreno</u>                              |                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Leidy Moreno</u>                                                                                                                  |                                                                                                    |                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Yacquer</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 4/2021/90/19/18                                                                      | 9:45 AM | Casa  | La Señora Leidy Moreno mamá del niño Isaac se comunicó vía Whatsapp desde el número 3228060203 con la profesional, donde informa: "Buenos días profe, Isaac no fue porque estuvo con fiebre y gripa" la profesional indica que de continuar así, es mejor llevarla al médico, a su vez, informa que la anterior queda registrada en novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |       | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 4/2021/90/19/19                                                                      | 7:45 AM | Salón Pre Jardín A | El niño ingresa en compañía de su mamá la Señora Leidy Moreno en aparente buen estado de salud y conciencia. La profesional Socializa novedad anterior e indaga por el estado de Salud del niño, la mamá refiere: "Profe ayer estuvo bien, no le dio más fiebre y con un normal por eso b'traje hoy" la profesional indica que durante la jornada quedará en observación. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                    | *Lorena Moreno 1012445634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 4/2021/90/19/19                                                                      | 16:00 pm | Salón Pre Jardín A | Se entrega el niño a la mamá la Señora Leidy Moreno en perfecto estado de salud. Se le informa que durante la jornada la niña participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de los alimentos y no presentó síntomas de malestar, por lo tanto se da cierre a la presente novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |          |                    | *Lorena Moreno 1012445634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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 | 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 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 | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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>ALCALÍA 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>SI Raíces</u>                                    | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohara Pedraza</u>                                         |
|                                                                                                                                                          | NIVEL: <u>Prejardín A</u>                                                                          | NIUIP: <u>1146148145</u>                                              | NIÑA O NIÑO: <u>Martin Felipe Hernandez Alvarez</u>                                         |
|                                                                                                                                                          | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Nidia Constanta Alvarez</u>                          |                                                                       |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Nidia Alvarez</u>                                                                                                                |                                                                                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Lopez</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2024                                                          | 9:40 AM | Salón Prejardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3012816813 de la Señora Nidia Alvarez mamá del niño indagando por el motivo de inasistencia. La Señora responde: "Pobre buen día, no llevo a Martin porque tiene congestión, un poco de tos y con este clima decidimos dejarlo en casa". La profesional indica que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos<br>Marcela Burgos                              |         |                   | Profesional de atención a primera infancia<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                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 18/06/2024                                                          | 10:20 AM | Salón Prejardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3012816823 de la Señora Nidia Alvarez mamá del niño indagando por el motivo de inasistencia, pero el llamado es fallido porque no contestan. 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                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Leidy Marcela Burgos<br>Marcela Burgos                              |          |                   | Profesional de atención a primera infancia<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 18/06/2024                                                          | 9:50 AM | Salón Prejardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3012816823 de la Señora Nidia Alvarez indagando por estado de salud del niño, la mamá responde: "Pobre ya Martin ha estado mejor, está comiendo bien, pero con mi mamá decidimos dejarlo ya por hoy en casa y el lunes si lo llevo". La profesional indica que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá comprende y acepta. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Leidy Marcela Burgos<br>Marcela Burgos                              |         |                   | Profesional de atención a primera infancia<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 21/06/2024                                                          | 8:00 AM | Nivel Prejardín A | Hoy asiste el niño en compañía de su mamá la Señora Nidia Alvarez quien manifiesta "Buenos días profesora le informo que durante el fin de semana Martin no presentó molestias graves a día, hoy está en perfecto estado. La profesional le indica que durante el día el niño estuvo bajo observación y en la tarde le indicaremos como continúa, la madre comprende, acepta y firma la novedad. 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 en atención a primera infancia<br>Blanca Lopez          |         |                   | Nidia Alvarez CC 52 755 474                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Sesión</u>                                                                                                                                  | UNIDAD OPERATIVA: <u>II Raíces</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahora Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Prejordin A</u>                                                                                                                                 | NIIP: <u>1146118145</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Martin Felipe Mendez Alvarez</u>                                            |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Nidia Constanza Alvarez</u>                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Nidia Alvarez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca Marjara - Marcha Argo</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                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06/2024      | 16:00 pm | Nivel Prejordin A | Se entrega el niño a la señora Nidia Alvarez su mamá en aparente buen estado de salud física y emocional ya que durante el día no se evidencian malestar consumo la totalidad de sus alimentos por lo tanto se da cierre a la presente novedad la mamá manifiesta comprender y aceptar. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                  |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br>Profesional en atención en Primer Infancia Blanca Marjara | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br>Nidia Alvarez CC 52755479 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| 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 APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                        |

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

| 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 APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                        |

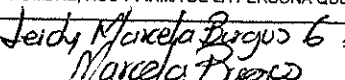
|                                                                                  |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|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

| 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 APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                        |

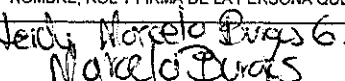
|                                                                                  |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|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

| <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>51 Calle</u>                                                                  |  |  |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u> |  |  |  |  |                                                                        |                                                                                              |  |
| NIVEL: <u>Prejardín A</u>                                                                                                                              |  |  | NUIP: <u>1010849688</u>                                                                            |  |  |  | NIÑA O NIÑO: <u>Thann Mauricio Cabrera Arrieta</u>  |  |  |  |  |                                                                        |                                                                                              |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Karen Margarita Arrieta</u>                                                                              |  |  |                                                                                                    |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |                                                                        |                                                                                              |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Karen Arrieta</u>                                                                                                              |  |  |                                                                                                    |  |  |  |                                                     |  |  |  |  | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Yarela Burgos - Blanco Vasquez</u> |                                                                                              |  |

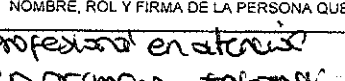
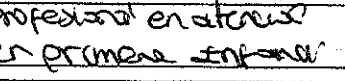
  

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                        |         |                   | 1                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 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                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                      |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 12/06/2021                                                                                                                                             | 9:15 AM | Salón Prejardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3224282411 de la Señora Karen Arrieta, con el fin de investigar motivo de inasistencia, pero no es posible entablar comunicación ya que la Señora no contesta. 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 |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Jeidy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia<br> |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   | NO APLICA                                            |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |

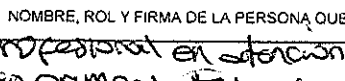
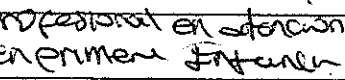
  

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                          |          |                   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                      |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 12/06/2021                                                                                                                                               | 10:05 AM | Salón Prejardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3224282411 de la Señora Karen Arrieta mamá del niño, indagando por el motivo de inasistencia, la mamá responde: "Pase bien día, es que el niño está malto, que lo lleve por urgencia por la fiebre, y el médico le dio unos remedios, me dijo que eran virus y que lo deje en la casa por esta semana, entonces lo llevo la otra semana". La profesional indica que debe tener soporte médico y a su vez que lo anterior queda registrado en novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| Jeidy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia<br> |          |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   | NO APLICA.                                           |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                  |         |                   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 24/06/2021                                                                                                                       | 9:00 AM | Nivel Prejardín A | Hoy asiste el niño al jardín en compañía de su mamá la Señora Karen Margarita Arrieta quien manifiesta "bienestar" profesional le informa que el niño ya se encuentra mejor durante estos días lo cuidamos en casa" al ingreso la profesional observa que el niño se presenta en aparente buen estado de ánimo y físico le indica a la mamá que durante el día el niño estuvo en observación la madre comprende y acepta. 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> |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   | Karen Arrieta CC. 1102852242<br> |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                  |          |                   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 24/06/2021                                                                                                                       | 16:00 pm | Nivel Prejardín A | Hoy se entrega el niño Thann Mauricio en perfecto estado a la Señora Karen Arrieta madre del niño, informándole que el hoy participó de todas las actividades que durante el día no se observó malestar y que consumió sus alimentos por esto por este motivo realizamos el cierre de la novedad presente la madre comprende acepta y firma 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 a primera infancia<br> |          |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   | Karen Arrieta CC. 1102852242<br> |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                               |  |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>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>                       |
| <p>LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____</p>                                                                             |                                                                                                               |  |                                             |
| <p>NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____</p>                                                                                                              |                                                                                                               |  |                                             |
| <p>MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____</p>                                                                                                         |                                                                                                               |  |                                             |
| <p>ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGA(N) DEL NIVEL: _____</p>                                                                                       |                                                                                                               |  |                                             |

| 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 O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 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>Bosco</u>                                                                            | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Palace</u>                                      | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nolani Pedraza</u>                                         |
|                                                                                                                                                        | NIVEL: <u>Prejudin A</u>                                                                           | NIIP: <u>1146147989</u>                                                 | NIÑA O NIÑO: <u>Victoria Angulo Angel</u>                                                   |
|                                                                                                                                                        | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Karen Julieth Angulo</u>                             |                                                                         |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Karen Angulo</u>                                                                                                               |                                                                                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcelo Burgos - Blanca Marquez</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 4/02/2021       | 8:00 AM | Salón Prejudin A | Ingresó la niña en compañía de su mamá la señora Karen Angulo y en compañía de su papá Huir González, se socializa narrando anterior y la mamá refiere: "Profe es que ayer como indigestión, con malestar y la dejamos en casa para ver como seguía la profesional indica que la niña quedara en observación durante la jornada y ante presentar cualquier síntoma nos comunicaremos la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                  |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>*Karen Julieth Angulo 1012427070</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2021      | 16:10 PM | Salón Prejudin A | Se entrega la niña a la señora Karen Angulo mamá de la niña en buen estado de salud. Se le informa que durante la jornada participó con normalidad de las diferentes actividades consumió la totalidad de los alimentos y no presentó síntomas de malestar, por lo tanto se da cierre al presente registro, la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                               |                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Leidy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>*Karen Julieth Angulo 1012427070</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06/2021      | 8:00 AM | Nivel Prejudin | Hoy nos informa la señora Karen Angulo madre de la niña a través de mensaje por whatsapp "Buenos días profesora quería avisarle que victoria ahora va a ir hoy es que yo me tome el día de la familia entonces es para estar con mis hijos hoy" la profesional le indica a la mamá que esta información quedara registrada bajo novedad, la socializa con ella quien la comprende y la acepta. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                         |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional de atención a primera infancia Blanca Marquez</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 25/06/2021      | 17:50 AM | Nivel de Prejudin | Hoy asiste la niña en compañía de su mamá la señora Karen Angulo quien manifiesta buenos días profesora le informa que ayer mi hijo compartió con miyo el día no presentó malestar sino que era mi día de descanso la profesional al hacer observación que la niña se presenta con aparente buen estado de ánimo y físico se realiza la novedad escrita se socializa con la mamá indicando que se realiza el cierre de la presente novedad ella comprende y acepta |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                         |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional de atención a primera infancia Blanca Marquez</u> | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Karen Julieth Angulo 1012427070</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 Paires</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nahua Pedraza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                                | NIPI: <u>1146147989</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Victoria Angel Angulo</u>                                                   |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Karen Julieth Angulo</u>                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Karen Angulo</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Mosquera</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                                                                                                                                                                 |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 6/202/90/90                                                                          | 9:30 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3147341204 de la Señora Karen Angulo, con el fin de indagar motivo de inasistencia, la mamá no responde la llamada. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                    |                                                                                                                                                                                           |   |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 6/202/90/90                                                                          | 8:05 AM | Salón Pre Jardín A | Tringera la niña en compañía de su mamá la Señora Karen Angulo, en aparente buen estado de Salud, la profesional socializa novedad criteria e indica que desea saber estado de Salud de la niña, la señora manifiesta: "Pase buen día, la niña esta bien, la que estaba enferma fui yo y por eso no la traje, el celular estaba descargado," la profesional agradece e indica que la niña quedará en observación durante la jornada. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | *Karen Julieth Angulo 1012427010                     |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 6/202/90/90                                                                          | 12:50 PM | Salón Pre Jardín A | Se entrega la niña a la mamá la Señora Karen Angulo, en buen estado de Salud físico y emocional. Se le informa que durante la jornada la niña participó con normalidad de las diferentes actividades, consumió la totalidad de alimentos y no se evidencia síntomas de malestar. Por lo tanto se da cierre a la presente novedad. La mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | *Karen Julieth Angulo 1012427010                     |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

| 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                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 6/202/90/90                                                                          | 9:30 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3147341204 de la Señora Karen Angulo, mamá de la niña con el fin de indagar motivo de inasistencia, sin embargo no es posible establecer comunicación porque no contestan. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Marcela Burgos 6. Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                      |  |                                                                                                    |  |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| <br>ALCALDÍA MAYOR 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                                                      |  |
|                                                                                                                                                      |  |                                                                                                    |  |                                                      |  |  |  |  |  |  |  | Versión: 0                                                               |  |
|                                                                                                                                                      |  |                                                                                                    |  |                                                      |  |  |  |  |  |  |  | Fecha: Mayo 2021 15300 - 20/05/2021                                      |  |
|                                                                                                                                                      |  |                                                                                                    |  |                                                      |  |  |  |  |  |  |  | Página: 1 de 2                                                           |  |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                               |  | UNIDAD OPERATIVA: <u>J1 Ruizce</u>                                                                 |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Urban Pedraza</u>   |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                           |  | NIIP: <u>102249919</u>                                                                             |  | NIÑA O NIÑO: <u>Shavit Taluna Rodríguez González</u> |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Yamile González González</u>                                                                           |  |                                                                                                    |  |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |                                                                          |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Yamile González</u>                                                                                                          |  |                                                                                                    |  |                                                      |  |  |  |  |  |  |  | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Mosquera</u> |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                              |          |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 18/06/2021                                                                                                                                                                   | 9:15 AM  | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3123704252 de la Señora Yamile González mamá de la niña, indagando motivo de inasistencia, la Señora responde: "Profe buen día, hoy no llevo la niña porque tiene dolor de oído, ya le di acetaminofen y estoy esperando como sigue o sino la llevo al médico" La profesional indica que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro.                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Ledy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u>     |          |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 19/06/2021                                                                                                                                                                   | 10:12 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3123704252 de la Señora Yamile González mamá de la niña, con el fin de hacer seguimiento al estado de Salud de la niña, pero no es posible establecer comunicación porque no contestan. Fin del registro.                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Ledy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u>     |          |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 12/06/2021                                                                                                                                                                   | 10:05 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3123704252 de la Señora Yamile González mamá de la niña con el fin de indagar estado de Salud de la niña pero la llamada es fallida porque no contestan. Fin del registro.                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Ledy Marcela Burgos G. Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Marcela Burgos</u>     |          |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>NO APLICA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| 24/06/2021                                                                                                                                                                   | 9:50 AM  | Nivel Pre Jardín A | Hoy asiste la niña en compañía de su mamá la señora Yamile González madre refiere "Buenos días profesora le informo que la niña los días que no asistió fue por que presentó malestar y estuvo con resaca en casa, hoy ya se encuentra mejor sin embargo estar atenta si surge alguna situación, al ingresar la profesional observa que la niña se presenta con aparente buen estado de ánimo y físico y le indica a la mamá que la niña durante el día estuvo en observación, la madre comprende y acepta. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional de atención a primera infancia</u><br><u>Blanca Mosquera</u><br><u>Blanca Mosquera</u> |          |                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR<br><u>Yamile González</u> <u>1233496804</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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-308<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Septima</u>                                                                                                                                 | UNIDAD OPERATIVA: <u>La Raíces</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohara Pedraza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Prejardín A</u>                                                                                                                                 | NIIP: <u>1022449919</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Shant Tatiana Rodriguez Gonzalez</u>                                         |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Yamile Gonzalez Gonzalez</u>                                                                                |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Yamile Gonzalez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca Marquez - Marcos Arango</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24/06/2024      | 16:00 Pm. | Nivel de Prejardín A. | Hoy se informa a la señora Yamile al momento de entrega que durante el día su hijo Shant participó animadamente de todas las actividades realizadas consumo de alimentos en su totalidad y no presenta síntomas de malestar por lo tanto se da cierre a la novedad presente se socializa con la madre lo expone quien la comprende y la acepta. 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 |
| Profesora atencional en primer infancia Blanca Marquez              | Yamile Gonzalez 1233496804                           |

| 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 APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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                                            |

| 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 APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|-----------|-----------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                        |
| NO APLICA       | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 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 (2021015300 - 20/05/2021)<br>Página: 1 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                                                                                  | UNIDAD OPERATIVA: <u>Si Paices</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                                                                              | NUIP: <u>1146149097</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Luciana Paramo Herrera</u>                                                   |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Mary Luz Herrera</u>                                                                                      |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Lucinda Garzon</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Mosquera</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2024                                                                        | 9:45 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3026074011 de la Señora Mary Luz Herrera mamá de la niña, indagando por la inasistencia de la niña. La Señora responde: "Profe buen día la niña no asistió porque tiene tos, se quedo con la abuela" la profesional indica que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Jesdy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 19/06/2024                                                                        | 9:30 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3026074011 de la Señora Mary Luz mamá de la niña indagando por estado actual de salud de la niña. La señora responde: "Profe buen día la niña esta mejor, aunque con tos, se le esta dando remedio, pero es que con este clima no la queremos sacar hasta que se le pase, entonces ya la llevamos el lunes, yo le comento profe" la profesional indica que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá comprende y acepta. 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 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Jesdy Marcela Burgos Profesional de atención a primera infancia<br>Marcela Burgos |         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 24/06/2024                                                          | 8:00 AM | Nivel de Pre Jardín A | Hoy asiste la niña en compañía de su mamá la señora Mary Luz Herrera quien manifiesta "Buenos días profesora le cuento que la niña ya se encuentra mejor gracias a Dios ya estaré atenta si surge algo para que contactar me llame." la profesional indica que hoy la niña estuvo hoy en observación y por lo tanto le indicaremos como continua, la madre comprende y acepta la novedad firmandola. 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 Blanca Mosquera          |         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | Mary Luz Herrera 52 977 709<br>Edilberto Paramo Garzon 79993425 |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 24/06/2024                                                          | 16:00 PM | Nivel de Pre Jardín A | Hoy se entrega la niña al señor Edilberto Paramo padre de la niña en buen estado de salud se le informo que durante la jornada la niña participo con normalidad de las diferentes actividades consumio en su totalidad los alimentos y no presenta síntomas de malestar por lo tanto se da cierre a la presente novedad se socializa con el padre quien la comprende y la acepta. 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 Blanca Mosquera          |          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | Edilberto Paramo Garzon 79993425                     |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                           |                                                                   |  |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <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 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<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA 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<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA 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<br>_____ NO _____ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------------|---|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA 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                                            |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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-300<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|                                                                                                                                                           | LOCALIDAD: <u>Bosa</u>                                                                             | UNIDAD OPERATIVA: <u>Ti Raices</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohara Pedraza</u>                                         |
|                                                                                                                                                           | NIVEL: <u>Pre Jardín A</u>                                                                         | NUIP: <u>1013281312</u>            | NIÑA O NIÑO: <u>Analieth Tioaguero Aguirre</u>                                              |
|                                                                                                                                                           | MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Daira del Carmen Aguirre</u>                         |                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Daira Aguirre</u>                                                                                                                 |                                                                                                    |                                    | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcela Burgos - Blanca Uropero</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                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 18/06/2024                                                          | 10:15 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3228957585 de la Señora Daira Aguirre madre de la niña con el fin de indagar motivo de inasistencia. Pero la llamada es fallida porque no contestan. 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                                                                                                                                                                       |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Leidy Morela Burgos<br>Marcela Burgos                               |          |                    | Profesional de atención a primera infancia<br>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                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 19/06/2024                                                          | 10:05 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3228957585 de la Señora Daira Aguirre madre de la niña con el fin de indagar motivo de inasistencia. Pero no es posible posible no contestar la llamada. 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                                                                                                                                                                           |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Leidy Morela Burgos<br>Marcela Burgos                               |          |                    | Profesional de atención a primera infancia<br>NO APLICA                                                                                                                                                                        |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |         |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 20/06/2024                                                          | 9:40 AM | Salón Pre Jardín A | La profesional realiza llamada telefónica al número 3228957585 de la Señora Daira Aguirre madre de la niña con el fin de indagar motivo de inasistencia; la señora responde: "Profe no he podido llevarla porque ha estado con congestión pero está bien, sino que con ese clima frío y lluvia la he dejado en casa, el lunes la llevo" la profesional indica que lo anterior queda registrado en novedades. La mamá comprende y acepta. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| Leidy Morela Burgos<br>Marcela Burgos                               |         |                    | Profesional de atención a primera infancia<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |
| 24/06/2024                                                          | 8:30 AM | Casa  | La profesional realiza llamada telefónica al número 3228957585 a la Señora Daira Aguirre madre de la niña para indagar el motivo de la inasistencia, la madre refiere "Deseo días profe, la niña va se encuentra bien sin embargo hoy no asiste porque ella tiene cita para que le tomen una radiografía, la profesional le indica a la mamá que esta información quedare bajo novedades se actualiza la madre la comprende y la acepta. 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>Blanca Moreno         |         |       | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |                                     |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                   |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 -<br>20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Septimo</u>                                                                                                                                 | UNIDAD OPERATIVA: <u>La Raíces</u>                                                                 | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nolara Pedraza</u>                                            |
| NIVEL: <u>Prejardín A</u>                                                                                                                                 | NIPI: <u>1013281317</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Analieth Triguero Aguirre</u>                                                  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Daira del Carmen Aguirre</u>                                                                                |                                                                                                    |                                                                                                |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Daira Aguirre</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcel Burgo - Blanca Mosquera</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 25/06/2024      | 16:00 Pm. | Nivel Prejardín A | Hoy se informa a la Señora Daira del Carmen que durante el día Analieth participo de las actividades realizadas animadamente consumia con éxito sus alimentos y no se evidencio malestar alguno. por este motivo realizamos el cierre de la presente novedad. Se socializa lo escrito con la mamá quien comprende acepta y firma. 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><u>Blanca Mosquera</u> | <u>Daira del Carmen Aguirre 1003502341</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: SI NO <u>X</u> |
|-----------------|---------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| FECHA           | HORA    | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |
| 27/06/2024      | 8:30 Am | Nivel de Prejardín A | Hoy la profesional en atención en primera infancia realiza llamada a la Señora Daira madre de la niña para indagar el motivo de la inasistencia, la madre refiere "Buenos días profesora hoy no asiste la niña por que presenta malestar y que requiere. Cuidarla en casa" la profesional le indica que esta información quedara registrada bajo novedad se socializa con la madre quien lo comprende y lo acepta. 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><u>Blanca Mosquera</u> | <u>NO APLICA</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: SI NO <u>X</u> |
|-----------------|---------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| FECHA           | HORA    | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |
| 28/06/2024      | 7:50 Am | Nivel de Prejardín A | Hoy asiste la niña al jardín en compañía de su mamá la Señora Daira quien manifiesta "Buenos días profesora le informo que la niña ya se encuentra mejor sin embargo estas atenta si surge alguna novedad por favor me llamo profesora" la profesional le indica que durante el día la niña estuvo en observación y le informo como continua, la madre lee la novedad la comprende y la acepta. 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 en atención a primera infancia<br><u>Blanca Mosquera</u> | <u>Daira del Carmen Aguirre 1003502341</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: SI NO <u>X</u> |
|-----------------|-----------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| FECHA           | HORA      | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |
| 28/06/2024      | 16:00 Pm. | Nivel de Prejardín A | Hoy se informa a la Señora Daira Aguirre que durante el día Analieth participo de las actividades y rutinas del jardín, consumio en la totalidad sus alimentos y no se evidencio malestar, por este motivo realizamos el cierre de la presente novedad, la mamá la lee la comprende y la acepta. 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><u>Blanca Mosquera</u> | <u>Daira del Carmen Aguirre 1003502341</u>           |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>DIRECCIÓN DE INTERVENCIÓN 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>Septima</u>                                                                                                                                 | UNIDAD OPERATIVA: <u>Of. Países</u>                                                                | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                         |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u>                                                                                                                                 | NIU#: <u>1034405128</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Lina Maria de los Angeles Guerrero Marin</u>                                |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Katherin Marin</u>                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Katherin Marin</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marcelo Burgos Blanco Mosquera</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |
| 20/06/2024      | 9:40 Am | Salon Prejardin A | La profesional realiza llamada telefonica al numero 3124321391 de la Señora Katherin mamá de la niña indagando por el estado de salud de la niña ella refiere "Prote pues ya llevo la niña hasta el lunes porque como tiene infección Sin embargo ya esta mejor, el lunes le llevo la copia" la profesional le indica que lo anterior queda registrado en novedad, la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                                  |

|                                                                                                                                                                        |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Jedy Marcelo Burgos Profesional de atención en primera infancia</u><br><u>Marcelo Burgos</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 NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI NO <u>X</u> |
|-----------------|---------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| FECHA           | HORA    | LUGAR             | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |
| 24/06/2024      | 7:50 Am | Salon Prejardin A | Hay a través de mensaje por whatsapp del número 3124321391 nos informa la señora Katherin Marin madre de la niña "Buenos días profesora le informo que hoy la niña sigue presentando malestar y no asistirá por que tambien tiene cita odontopediátrica si todo sale bien asistirá mañana" la profesional le indica que la información sera registrada bajo novedad la mamá manifiesta comprender y aceptar. Finalización del registro. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |

|                                                                                                                                                     |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional en atención en primera infancia</u><br><u>Blanca Mosquera</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 NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI NO <u>X</u> |
|-----------------|---------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| FECHA           | HORA    | LUGAR             | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |
| 25/06/2024      | 8:15 Am | Salon Prejardin A | La profesional realiza llamada al numero 3124321391 a la Señora Katherin Marin Madre de la niña para indagar como continua la niña pero no fue posible la comunicación por que se va a sistema con corra de voz. Fin del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |

|                                                                                                                                                     |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD<br><u>Profesional en atención en primera infancia</u><br><u>Blanca Mosquera</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 NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta: SI NO <u>X</u> |
|-----------------|---------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| FECHA           | HORA    | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |
| 26/06/2024      | 8:30 Am | Nivel de Prejardin A | La profesional realiza llamada al numero 3124321391 a la señora Katherin Marin madre de la niña quien nos informa "Buenos días profesora le informo que la niña continuo con malestar y depende como siga asistirá mañana yo le contare informando" la profesional le indica a la mamá que esta información queda registrada bajo novedad la mamá manifiesta comprender y aceptar. Fin del registro |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                    |                                               |

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

|                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDIA 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: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: <u>Septima</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>JJ Raices</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                       |                                                                                                    |                                                                                             |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u> NUIP: <u>1034405123</u> NIÑA O NIÑO: <u>Lina Maria de los Angeles Guerrero Marin</u>                                         |                                                                                                    |                                                                                             |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Katherin Marin</u>                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                             |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Katherin Marin</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca Mosquera - Marcela Bujon</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |  |
| 27/06/2024                                                          | 8:00 Am | Salon Prejardin A | Hoy nos informa la Señora Katherin a través de llamada del número 3124321391 "Buen día profesora le informo que la niña continúa con cuidado en casa y le estoy suministrando un tratamiento que le formularon y este se debe dar cada 3 horas y la verdad llevaré la niña hasta que se termine sus medicamentos" la profesional le indica que esta información queda registrada bajo novedad la profesional socializa lo escrito la madre comprende y 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 en atención a primera infancia                          |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   | Blanca Mosquera Profesora                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |                                                      |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |  |
| 28/06/2024                                                          | 8:45 Am | Casa  | La Señora Katherin nos informa a través de novedad enviada por whatsapp del número 3124321391 "Buenos días profesora Lina ya se encuentra bien si bien permite ella asistir al jardín" la profesional agradece la información y le indica que esta quedará registrada bajo novedad escrita se socializa la madre la comprende y la 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 en atención a primera infancia                          |         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   | Blanca Mosquera Profesora                            |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        | 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 | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 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>Septimo</u>                                                                                                                              | UNIDAD OPERATIVA: <u>J. Rakes</u>                                                                  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Pedraza</u>                                          |
| NIVEL: <u>Prejardín</u>                                                                                                                                | NUIP: <u>1023419786</u>                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Luciana Ailyn Romero Guzman</u>                                              |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Andreina del Valle Guzman Salazar</u>                                                                    |                                                                                                    |                                                                                              |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Rosalia Avila</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca E. Mosquera - Marcela Bargas</u>                                  |                                                                                                    |                                                                                              |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |          |                       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | X | 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                                                          | 8:10 Am. | Nivel de Prejardín A. | Hoy no asiste la niña al jardín la profesional en atención a primera infancia realiza llamada al numero 3132286778 a la señora Andreina madre de la niña para indagar el motivo de la inasistencia a ella manifestando "buenos días hoy Luciana no asiste por que presenta malestar y prefiere cuidarla en casa" la profesional le indica a la mamá que esta informacion quedara registrada bajo novedad de socializa con ella quien lo comprende y lo acepta. 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 <u>Blanca Mosquera</u>   |          |                       | NO APLICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |          |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 3 | 4 | X | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 25/06/2024                                                          | 7:50 Am. | Nivel de Prejardín | Hoy la profesional en atención en primera infancia realiza llamada al numero 3132286778 a la señora Andreina madre de la niña para indagar el motivo de la inasistencia a ella manifestando "Buenos días profesora la niña no asiste hoy ya que continúa con malestar y prefiere cuidarla en casa" la profesional le indica a la mamá la importancia de llevar la niña a acto medico la madre refiere que depende como siga. tambien se le indica que esta informacion quedara registrada bajo novedad de socializa lo madre comprende y 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 en atención en primera infancia <u>Blanca Mosquera</u>  |          |                    | NO APLICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |          |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | X | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 26/06/2024                                                          | 8:00 Am. | Nivel Prejardín A. | Hoy asiste la niña al jardín en compañía de su mamá la Señora Andreina Guzman quien nos informa "Buenos días profesora le informo que la niña ya se encuentra mejor durante estos días la cuidamos en casa, yo hoy estaré atenta si surge alguna situación con la niña para que por favor me llame" la profesional observa que la niña se presenta con aparente buen estado de ánimo y le indica a la mamá que esta informacion quedara registrada bajo novedad ella la lee la comprende y la 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 en atención en primera infancia <u>Blanca Mosquera</u>  |          |                    | <u>Andreina Guzman</u> PPT 811558 C.C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |          |                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | X | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 26/06/2024                                                          | 16:00 pm | Nivel de Prejardín | Hoy se realiza entrega de Luciana Ailyn a la señora Andreina madre de la niña y se le indica que durante el día la niña participo de las actividades y consumo sus alimentos y no se evidencio malestar por este motivo realizamos el cierre de la novedad presente. Se socializa lo acontecido con la mamá quien lo comprende y acepta. 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 <u>Blanca Mosquera</u>  |          |                    | <u>Andreina Guzman</u> PPT 811558                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDIA 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 I2021015300 -<br>20/05/2021<br>Página: 2 de 2 |
| LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                |
| NIVEL: _____ NIJIP: _____ 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 O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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: Septimo

UNIDAD OPERATIVA: El Pácoro

RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohora Pedraza

NIVEL: Prejardín A

NIIP: 0741830536

NIÑA O NIÑO: Laura Valentina Butrago Moncada

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Matilde Butrago

PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Blanca Masquera - Marcela Burgu

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| 26/06/2024                                                          | 9:00 Am | Nivel Prejardín A | Hoy no asiste la niña al jardín la profesional en atención realiza llamada al numero 314982997 de la Señora Matilde Abuelita de la niña para indagar como se encuentra Laura, ella refiere "Buenos días profesora la niña continúa malita y la llevamos a un médico que mañana ella presentará los sopates, medicinas que le entreguen en el lugar de atención la profesional le indica que estaremos intentando a su información y le informo a la acudiente que estaremos 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 en atención en primera infancia. <u>Blanca Masquera</u> |         |                   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 27/06/2024                                                          | 10:00 Am | Jardín | Hoy asiste al jardín la señora Matilde Butrago y dialoga con la psicóloga informando que hoy no asiste la niña por que ayer la llevo a cita medica y le indicaron que a Laura se tenía que alzar para durante las actividades sin embargo no presenta curiosidad ni recomendaciones medicas, con la responsable del servicio y la psicóloga se establecen acuerdos para agendas citas (veracruz) por este motivo la abuelita indica que la niña no asistirá ni hoy ni mañana al jardín se socializa la información con la abuelita quien lo comprende y 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 en atención en primera infancia. <u>Blanca Masquera</u> |          |        | • Matilde Butrago 39 656577                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 28/06/2024                                                          | 10:00 Am | Nivel de Prejardín A | Hoy no asiste la niña, la profesional en atención a primera infancia realiza llamada al numero 314982997 de la señora Matilde Abuelita y acudiente de la niña pero no fue posible la comunicación ya que me indica que la persona a la que esta llamando no se encuentra disponible. 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 en atención en primera infancia. <u>Blanca Masquera</u> |          |                      | 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 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: _____ 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 APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |           |           | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |           |           | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<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 APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |           |           | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |           |           | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<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 APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
|                                                                     |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |           |           | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |
| NO APLICA                                                           |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |                                                     |

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

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: 1 de 2

LOCALIDAD: Septima

UNIDAD OPERATIVA: II Paises

RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Noboa pedraza

NIVEL: Prejardin A

NUIP: 1033709783

NIÑA O NIÑO: Sara Valentina Baquero Barga

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Diana Paola Barga Torres

ACUDIENTE PRINCIPAL: Diana Paola Barga

PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Bianca Mosquera - Marceia Bango

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |          |       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI NO X |  | Se realizó activación de ruta: SI NO X |  |
|---------------------------------------------------------------------|----------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| FECHA                                                               | HORA     | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                          |  |                                        |  |
| 27/06/2024                                                          | 8:00 Am. | Casa  | Hoy nos informa la señora Diana Paola Barga a través de mensaje por whatsapp del número 3127577514 "Buenos días profesora le informo que hoy sara no asistirá porque me encuentro de vacaciones y viajaremos para disfrutar en familia aprovechando el fin de semana" la profesional le indica a la mamá que estaríamos atentas y que esta información queda registrada bajo novedad la madre concuerda y 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 en atención en Primer instancia - Bianca Mosquera       |          |       | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |
| 28/06/2024                                                          | 8:10 Am. | Nivel Prejardin | Hoy la profesional en atención realiza llamado al número 3127577514 a la señora Diana Paola madre de la niña para indagar como se encuentran y como está la niña ella manifiesta "Buenos días profesora la niña se encuentra bien estamos disfrutando del fin de semana por llamar si Dios permite nos vemos el martes" la profesional le indica que esta información quedara registrada bajo novedad la socializa la mamá concuerda y acepta. 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 en atención en Primer instancia - Bianca Mosquera       |          |                 | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                        |  |                                      |  |

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

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

|                                                                                                                                                           |                                                                                                           |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDIA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><b>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</b> | 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 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:<br>SI _____ NO _____ |  |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |
|                                                                     |           |           |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD |           |           | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |
| NO APLICA                                                           |           |           | NO APLICA                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                       |  |                                                     |  |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |           |           | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<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 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:<br>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>AL CALIFICADO<br>DE LA INSTITUCIÓN 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 (2021) 05300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| LOCALIDAD: <u>Sepehmo</u>                                                                                                      |                  | UNIDAD OPERATIVA: <u>JE Paices</u>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |   |   | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Nohora Redondo</u> |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NIVEL: <u>Prejardin A</u>                                                                                                      |                  | NUIP: <u>115 294 8795</u>                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIÑA O NIÑO: <u>Ingris Dayana Perez Polanco</u> |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Daniela Perez Polanco</u>                                                        |                  |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Daniela Polanco</u>                                                                                    |                  | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Blanca Mosquera - Marcela Burgo</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>27/06/2024</u>                                                                                                              | <u>11:45 Am.</u> | <u>Nivel de Prejardin A</u>                                                                        | <u>Hoy se acerca al jardín la señora Daniela Polanco para informar que Ingris su hija tiene cita medica que ella presentara el certificado cuando asista al jardín. la niña sale en perfecto estado de salud de consumir sus alimentos y se realiza entrega de paquete alimentario correspondiente a las lonas que se compone de manzana galleta de leche, Avena. Se realiza la novedad y se socializa con la mamá quien comprende y acepta. Finalización del registro</u> |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                            |                  |                                                                                                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>Profesional en atención en primera infancia</u><br><u>Blanca Mosquera</u>                                                   |                  |                                                                                                    | <u>Daniela Perez Polanco 1128201835</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>28/06/2024</u>                                                                                                              | <u>8:00 Am</u>   | <u>Nivel Prejardin</u>                                                                             | <u>Hoy asiste la niña en aparente buen estado de animo y feliz en compañía de su mamá la señora Daniela quien nos informo que ayer asistió con su hija al medico a cita de control y a reclamar medicamento, no presenta soporte. La profesional le indica a la mamá que esta información queda registrada bajo novedad, tambien se le indica que durante el día la niña esta en observación la madre comprende y acepta. Fin del registro.</u>                            |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                            |                  |                                                                                                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>Profesional en atención en primera infancia</u><br><u>Blanca Mosquera</u>                                                   |                  |                                                                                                    | <u>Daniela Perez Polanco 1128201835</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>28/06/2024</u>                                                                                                              | <u>76:00 Pm</u>  | <u>Nivel de Prejardin A</u>                                                                        | <u>Hoy se informa a la señora Daniela Perez madre de la niña que hoy Ingris participo animadamente de las actividades y rutinas, consume sus alimentos con éxito. y no presenta malestar alguno por este motivo realizamos el cierre de la presente novedad. Finalización del registro.</u>                                                                                                                                                                                |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                            |                  |                                                                                                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>Profesional en atención en primera infancia</u><br><u>Blanca Mosquera</u>                                                   |                  |                                                                                                    | <u>Daniela Perez Polanco 1128201835</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 type="checkbox"/>            |  |
| FECHA                                                                                                                          | HORA             | LUGAR                                                                                              | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>NO APLICA</u>                                                                                                               | <u>NO APLICA</u> | <u>NO APLICA</u>                                                                                   | <u>N O A P L I C A</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD                                                            |                  |                                                                                                    | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| <u>NO APLICA</u>                                                                                                               |                  |                                                                                                    | <u>NO APLIC</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |   |   |                                                     |   |   |   |   |                                                                                              |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |



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: Mayo 12021015300 -  
20/05/2021  
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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 (202105300 - 20/05/2021)

Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Septima UNIDAD OPERATIVA: U Palcos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nohara Pedraza

NIVEL: Prejardina NUIP: 1201280816 NIÑA O NIÑO: Valentina Marneguez Esquerma

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Esmeralda Esquerma Salas

ACUDIENTE PRINCIPAL: Betali Mejia PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Blanca Enríquez - Marcela Burgos

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |          |       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO X | Se realizó activación de ruta:<br>SI NO X |
|---------------------------------------------------------------------|----------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA     | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                             |                                           |
| 27/06/2024                                                          | 7:40 Am. | Casa  | Hay nos informa la señora Esmeralda madre de la niña del número 3001813814 a través de mensaje por whatsapp "Buenos días profesora le informo que hoy no asistirá la niña porque presenta malestar y prefiero cuidarla en casa. la profesora le indica que esta información quedara registrada bajo novedad la madre comprende y acepta. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                             |                                           |
| Profesora en atención en primer momento                             |          |       | Blanca Marquez<br><i>[Firma]</i><br>NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                             |                                           |

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |          |                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI NO X | Se realizó activación de ruta: SI NO X |
|---------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA     | LUGAR                | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                             |                                        |
| 28/06/2024                                                          | 8:30 Am. | Nivel de Prejardín A | La señora Esmeralda madre de la niña nos informa a través de mensaje por whatsapp "Buenos días profesora valentina no asistirá por que continua con malestar y prefiero cuidarla en casa, ella asistirá el martes al jardín cualquier cosa yo le estare informando la profesora le indica a la mamá que esta información quedara registrada bajo novedad la socializa con la mamá quien lo comprende y la acepta. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                             |                                        |
| Profesora en atención a primera instancia                           |          |                      | Blanca Marquez<br><i>[Firma]</i><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: SI NO |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA      | LUGAR     | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                           |                                      |
| NO APLICA                                                           | NO APLICA | NO 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO 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 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 APLICA                                                           | NO APLICA | NO APLICA | N O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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 O A P L I C 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                                            |   |   |   |   |   |    |                                                     |                                                   |