	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo 20210153000 - 20/05/2021 Pagina: 1 de 2

LOCALIDAD Fontibon UNIDAD OPERATIVA J.I.C. Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Maria del Pilar Suarez P.

NIVEL Caminadores 2 NUIP 1.016.121.899 NIÑA O NIÑO Jose Emiliano Forero Velasquez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Alejandra Velasquez -

ACUDIENTE PRINCIPAL Alejandra Velasquez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Jinet Alejandra Chacon Barajas

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
08108/2024	07:10	J.I.C Emanuel "Aula de Caminadores 2".	Siendo las 07:10 se acerca al jardin la señora Alejandra X. Velasquez madre del niño, realizando la entrega de una incapacidad medica por lo cual ella refiere "Profe el martes en la noche lleve al niño al medico ya que tenia un poco de fiebre y se veia indispuesto, el doctor lo reviso y le envio unos medicamentos acompañados de cuidados en casa" por lo anterior se le recomienda a la madre seguir las indicaciones que envio el doctor para que el se recupere pronto. Se realizara seguimiento para tener conocimiento del estado de salud.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Jinet Alejandra Chacon Barajas Profesional en atención Primera Infancia	Alejandra Velasquez CC 1000328728

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
12108/2024	16:00	Casa del participante	Siendo las 16:00 se envia un mensaje via whatsApp desde el numero 3219513894 al número 3025256730, para saber como se encuentra Emiliano al cual responde la señora Alejandra madre del participante "Buenas tardes profe te cuento que la fiebre se le pudo controlar con los medicamentos que le envio el doctor al niño, pero aún no me esta comiendo muy bien y no tiene muchos animos para jugar ya que el medicamento le produce sueño" la profesional recomienda continuar con los cuidados pertinentes, se continuara con el seguimiento al estado de salud del niño.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Jinet Alejandra Chacon Barajas Profesional en atención Primera Infancia	No aplica

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
15108/2024	15:40	J.I.C Emanuel "Aula de Caminadores 2"	Siendo las 15:40 se acerca al jardin la señora Alejandra Velasquez madre del niño y se le realiza entrega de paquete por jornada pedagogica, ella refiere "profe el niño ya se encuentra muy bien, esta comiendo juiciosp, juega con sus juguetes y hoy termino los medicamentos que le envio el medico" Con base a lo anterior se le socializa novedad de seguimiento al estado de salud, la señora la lee, comprende y acepta estando de acuerdo. "En este punto termina 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
Jinet Alejandra Chacon Barajas Profesional atención Primera Infancia	- Alejandra Velasquez C.C. 1000328728

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
20108/2024	07:40	J.I.C Emanuel "Aula de Caminadores 2"	Siendo las 07:40 se acerca al jardin la señora Alejandra Velasquez en compañia del niño para que retome nuevamente sus actividades donde refiere "Profe Emiliano ya se encuentra muy bien, termino todos los medicamentos que le envio el doctor y paso un buen fin de semana", se da ingreso al participante y se realizara observación durante la jornada. "En este punto termina 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
Jinet Alejandra Chacon Barajas Profesional atención Primera Infancia.	- Alejandra Velasquez CC 1000328728

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo 20211015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Tunjuelito UNIDAD OPERATIVA: J.I.C. Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maria del Pilar Suarez. P.
NIVEL: Caminadores 2 NUIP: 1016121899 NIÑA O NIÑO: Jose Emiliano Forero Velasquez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Alejandra Velasquez -
ACUDIENTE PRINCIPAL: Alejandra Velasquez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Jinet Alejandra Charcon Barajas

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de poliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
20181202 4	15:40	J.I.C Emanuel "Aula de Caminadores 2"	Siendo las 15:40 se acerca al jardin la Señora Alejandra Velasquez madre del niño para recogerlo donde se le informa que participo de forma activa durante el desarrollo de la experiencia pedagogica, realizo los rituales como el lavado de manos y cepillado de dientes, consumio los alimentos con normalidad y en su totalidad. Por tal motivo se realiza cierre al seguimiento de novedades. "En este punto termina 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
Jinet Alejandra Charcon Barajas Profesional atención Primera Infancia.	- Alejandra Velasquez CC 1000328728

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de poliza: SI ____ NO ____ N.A	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ N.A

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

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

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizo activación de poliza: SI ____ NO ____ N.A	Se realizó activacion de ruta: SI ____ NO ____ N.A

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 poliza: SI ____ NO ____ N.A	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____ N.A

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.