| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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 19 UNIDAD OPERATIVA J.I Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL párvulos NUIP 1024672367 NIÑA O NIÑO Eimy Samantha Lizarazo Campos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Cina Paola Campos Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL Cina Campos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/08/2024 | 13:22 | J.I Semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 13:22, la Señora Cina Paola campos mamá de Samantha envia un mensaje escrito via Wassap y una Foto, donde se evidencia que la niña se observa tranquila y esta saludando, luego se comunica con la docente, donde refiere que la niña esta juiciosa, muy guerrera asimilando que debe estar quieta mientras van empezando Se toma el siguiente espacio. |

| 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 X | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | X | | | | | | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | el proceso de recuperación, la docente le dice que todo el equipo de trabajo pregúntan por la niña respecto a su salud. Continua el seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | No Aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 02/08/2024 | 7:10 | J.I Semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 7:10, la docente realiza llamada telefonica, al número 3187552027 donde logra comunicar con la Señora Cina Campos Mamá de Eimy Samantha. La Señora Cina informa que la niña manifiesta llanto porque no se puede mover, de igual Forma consume los alimentos y se calma apenas la consienten, Se continúa Seguimiento y 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | No Aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 05/08/2024 | 13:20 | J.I Semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 13:20 ingresa al aula de Párvulos D, la Señora Cina Paola campos, mamá de Samantha. La Señora Cina refiere que le asignaron la radiografia el 16 de agosto 2024 para revisar la niña como está y el 23 de agosto de 2024 la cita con ortopedista. Y ahí les van a decir como quedo la niña y el proceso a seguir Se tomara el siguiente espacio. |

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

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J. semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos D NUIP 1026422364 NIÑA O NIÑO Gimy Samantha Cizarazo campos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Gina Paola campos Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL Gina Campos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

| 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 |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | La docente le agradece continuar de juiciosos e informar como hasta el momento. También pide el favor de traer los soportes respecto a lo mencionado de las citas de la niña, Además pregunta como esta la niña. la Señora Gina dice que ha asimilado el proceso que se encuentra bien, se continua el seguimiento y 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | Gina Campos 1013670131 |

| 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 LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 06/08/2024 | 13:39 | J.I semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 13:39 Se realiza llamada telefonica al número 3787552024, Se logra comunicación con la Señora Gina Campos mamá de Samantha, la docente pregunta como esta la niña, la Señora Gina informa que se encuentra tranquila y en su salud también, por otra lado afirma que pasara el 8/08/2024. Se continúa con el seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barros Docente | NO APLICA. |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 08/08/2024 | 16:48 | J.I Semillitas de amor párvulos D | Siendo las 16:48 ingresa al aula de párvulos D la Señora Gina V Campos mamá de Samantha La Señora Gina informa que la niña ha estado un poco indispuesta por que quiere levantarse y como debe reposar el yeso, la docente le dice que debe tener paciencia y le recomienda los soportes medicos, Se continua el seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barros Docente | Gina Campos M. 1013670131 |

| 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 LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 09/08/2024 | 16:10 | J.I Semillitas de amor párvulos D | Siendo las 16:10 ingresa al aula de párvulos D la Señora Daydha cortes, prima y acudiente de Samantha, y la señora Dayana, Hace entrega de un soporte de citas y médicas la docente pregunta por la niña respeto a como Sigue, la Señora Dayana informa que la niña y permanece tranquila pero que extraña moverse, Se continua seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barros Docente | Juleth Dayanna Cortes Campos CC 1073806120 |

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J.I Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos D NUIP 1024612361 NIÑA O NIÑO Gimy Samantha Cisneros Campos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Lina Paola Campos Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL Lina Campos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 12/08/2024 | 7:10 | J.I Semillitas de amor párvulos D | Siendo las 7:10 se realiza llamada telefonica al número 3187552027 se logra comunicación con la señora Lina Paola mamá de samantha la docente pregunta como se encuentra la niña la señora Lina refiere " Ayer ha sido un poco compleja con la niña ya que ella se quiere levantar y en ocasiones llora pero de igual Forma consume alimentos. Se continua seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | No Aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 13/08/2024 | 13:18 | J.I Semillitas de amor párvulos D | Siendo las 13:18, la docente realiza llamada telefonica al número 3187552027, y así comunicarse con la Señora Lina, la Señora Lina informa que la niña en ocasiones esta un poco triste porque se quiere levantar, la docente recomienda dialogar mucho con la niña, y le dice que le enviamos muchos saludos. Se continua el seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barros Docente | No Aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 14/08/2024 | 16:15 | J.I Semillitas de amor párvulos D | Siendo las 16:15. la docente logra comunicación con la señora Lina campos mamá de Samantha la señora Lina informa que mañana la niña tiene cita con radiografía, la docente recomienda el soporte si llegaran a entregar, También le pide el Favor que le diga a la niña que la extrañamos y que le estamos creando una hermosa targeta, para la niña. Se continua el seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | No Aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 15/08/2024 | 13:40 | J.I Semillitas de amor párvulos D | Siendo las 13:40 la docente logra comunicación con la señora Paola campos y mamá de Samantha, la señora Paola refiere " que es mañana" la cita" de igual Forma la docente pide el Favor el soporte médico, y pregunta como se encuentra la niña, la Señora Paola informa que se encuentra bien en todos los aspectos. Se continua seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barros Docente | No Aplica |

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA JJ Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Prejardín NUIP 1024612367 NIÑA O NIÑO Cimy Samantha Cicerato campos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Cina Paola Campos Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL Cina Campos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 20/08/2024 | 13:30 | JJ Semillitas de amor Párvulos Q | Siendo las 13:30 la docente realiza llamada telefonica al número 3187552027, logrando comunicación con la señora Cina Paola campos mamá de Samantha. La docente inicia un dialogo con la señora Cina respecto a lo que le explicaron el dia de la cita de la radiografia 16/08/2024. La Señora Cina informa que le realizaron la radiografia Se tomara el siguiente espacio |

| 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 X | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | | | | | | | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | y le explicaron que los resultados se los entregaban el dia 23/08/2024 cita con ortopedista, quien le iba a decir como estaba la niña luego de su cirugia de codemás. También dice que Samantha esta bién asimilando todo este Proceso. la docente le recomienda continuar informando cualquier situación relacionado con la niña Se tomara el siguiente espacio |

| 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 X | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | | | | | | | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | Además le hace la invitación de pasar al jardin y de manera presencial tener un dialogo, ya que se le recuerda que el seguido del trabajo del jardin Semillitas de amor esta pendiente del bienestar de los niños y niñas, se continúa el seguimiento y en este punto Finaliza la novedad. Se tomara el siguiente espacio |

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

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 27/08/2024 | 14:30 | JJ Semillitas de amor Párvulos Q | Siendo las 14:30 ingresa al aula de parvulos Q y luego a la oficina, la Señora Cina Paola Campos mamá de Samantha. Se inicia un dialogo con la Señora Cina donde manifiesta que la niña esta tranquila, consume los alimentos de manera adecuada, también informa que este Viernes 23/08/2024 tiene cita con Se tomara el siguiente espacio |

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

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J.I Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL párvulos p NUIP 1024172367 NIÑA O NIÑO Gimy Samantha Cizarazo Campos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Gina Paola Campos Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL Gina Camas PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

| 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 |
|---|---|---|---|
| 26/08/2024 | 16:18 | JI Semillitas de amor párvulos 2 | Siendo las 16:18 ingresa al aula de párvulos D la Señora Gina Campos mamá de Samantha. Se inicia un dialogo. donde la Señora comenta que Samantha el primer día 26/08/2024 que se dio cuenta que ya se podia sentar esta muy contenta. Ademas intenta ponerse de pie. teniendo en cuenta que el día 23/08/2024 le retiraron el Se tomara el siguiente espacio |

| 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 | Yeso, le pidieron a la Señora Gina comprar Ferula" para que la niña inicie el proceso de caminar nuevamente y progresivamente. Se la Fuera dejando también que despues del 23 de Septiembre la niña podia regresar al jardin, la Señora Gina entrega Soporte medico por Incapacidad 30 dias pero no es visible Se recomienda otra Se continua Seguimiento y en este punto Finaliza novedad |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Alejandra Barros docente | Gina Campos 1013670151 Gina Campos |

| 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 LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 27/08/2024 | 13:30 | JI Semillitas de amor párvulos 2 | Siendo las 13:30 Se realiza llamada telefonica al número 3187552027, logrando comunicación con la Señora Gina. habla mamá de Samantha, la Señora Gina refiere que la niña está realizando más movimientos intentando ponerse de pie, también informa que va tratar de ir hablar con ortopedista para que le entreguen Un Soporte Se tomara el siguiente espacio |

| 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 | Y | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | te médico más claro y la historia clinica del motivo porque la niña, debe tener una Incapacidad por 30 dias, más la docente le pide el favor de traer los soportes médicos mencionados lo antes posible. Se continua con Siguiente Seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barros docente | No Aplica |

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J.I Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos D NUIP 1024612361 NIÑA O NIÑO Cimy Samantha Cicarazo Campos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Cima Paola Campos Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL Cima Campos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barros

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | ortopedia y en esta cita les dira si ya les quitan el yeso y que el proceso de la niña es más rapido pero con cuidados. Se recomienda continuar informando cualquier situación. Se continua el Seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandro Barrios Docente | Lina Campos 1013670151 |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 22/08/2024 | 13:24 | J.I Semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 13:24 la docente realiza llamada telefonica con la Señora Cina campos iniciando con dialogo, respeto a la Salud de la Niña y como se encuentra, la señora Cina refiere que la niña esta bién que realizan actividades y conjuntos donde participan otros Familiares, como la abuelita y primas además que consume los alimentos de Se tomara el siguiente espacio |

| 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 X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | | | | | | | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | manera adecuada, también la señora Cina envia 2 videos donde la niña se evidencia que se encuentra bién, un poco activa queriendo levantarse. la docente le agradece a la señora Cina por informar en su debido momento y por compartirnos los videos ya que se evidencia la felicidad de la niña por la targeta que le enviaron los niños, se continúa Seguimiento y en este punto Finaliza novedad |

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

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 23/08/2024 | 16:05 | J.I Semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 16:05 ingresa al aula de Párvulos D la Señora Julieth Cortes prima de Samantha Julieth informa que en estos momentos se encuentran con la niña en cita de ortopedia que cualquier información adicional se llame o envian un mensaje, la docente le agradece, enviandoles Saludos a la niña. Se continuara el Seguimiento y Finaliza en este punto 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | • Julieth cortes cc 1074809291 |

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA Yi Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos NUIP 1024672367 NIÑA O NIÑO Gimy Samantha Cisneros Campos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Gina Paola Campos Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL Gina Campos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 28/08/2024 | 16:30 | Yi Semillitas de amor Párvulos 2 | Siendo las 16:30 se realiza llamada telefonica 3187552027, logrando comunicación con la Señora Gina, donde se inicia un dialogo respecto a lo mencionado el dia 27/08/2028, ya que el documento de la incapacidad que le dieron para Niña Samantha no se observa claro además tampoco menciona el motivo Se tomara el siguiente espacio |

| 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 X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | porque le dieron más incapacidad, ya que todo fué de manera verbal afirmo la Señora Gina. La Señora Gina refiere que esto intentando pedir permiso en el trabajo y así ir a dialogar con el ortopedista, además comenta que la niña empezo a gatear y quiere pararse de pie. Se continua el Seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente Buen | No Aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 29/08/2024 | 13:20 | Yi Semillitas de amor Párvulos 2 | Siendo 13:20 la docente se logra comunicar con la Señora Gina Campos V. La docente le pregunta a la señora Gina como se encuentra la niña. la Señora Gina refiere "que la niña se quiere parar y caminar que esta muy juiciosa comiendo los alimentos de manera adecuada. se continua el Seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente Buen | No Aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 30/08/2024 | 13:53 | Yi Semillitas de amor Párvulos 2 | Siendo las 13:53 la docente se comunica con la Señora Gina. le pregunta como esta la niña. Samantha, la Señora Gina refiere que no se quiere quedar quieta esta gateando que mañana ya sacar citas que le enviaran, la docente le pide el favor de pedir la incapacidad más clara y comentar el proceso Se tomara el siguiente espacio |

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

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR.PSS.309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo (20210153002 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA Jd Semillitas am RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos NUIP 1024672327 NIÑA O NIÑO Limy Samantha Lizarazo Campos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Lina Paola Campos Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL Lina Campos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

| 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 |
|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | que lleva la niña desde el día que le quitaron el yeso, le agradecé por estar pendiente e informar como sigue la niña esperando que el siguiente y más continua así. Se continuara el seguimiento el proximo mes de Septiembre, y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandro Barrios docente | NO APLICA |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA JI Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos NUIP 1111713266 NIÑA O NIÑO Branger Jasmiel Cintrez Sifontes

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Jusneidy Adriana Sifontes Carrillo

ACUDIENTE PRINCIPAL Jusneidy Sifontes PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

| 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 |
|---|---|---|---|
| 01/08/2024 | 7:18 | JI Semillitas de amor párvulos 2 | Siendo las 718 ingresa al aula de párvulos 2 la señora Jusneidy Sifontes Carrillo mamá de Branger entrega soporte de formula de medicamentos e indicación medica, el niño sale a las 8:30 consumio los alimentos, se le entrega refrigerio de la tarde galleta y fruta. Se evidencia que se encuentra en optimas condiciones. la señora Jusneidy refiere que le deben suministrar medicamentos, se continua el seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | Jusneidy Sifontes 49961145 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 02/08/2024 | 7:30 | JI Semillitas de amor párvulos 2 | Siendo las 7:30 ingresa al aula de párvulos 2 la Señora Jusneidy Sifontes mamá de Branger el cual ingresa tranquilo, en buen estado de salud y Físicamente bien, quedandose a participar del Servicio, por otro lado, la señora Adriana informa que el niño ya no tiene tos y como esta de su conocimiento el niño lo llevo a medio día, teniendo se tomara el siguiente espacio |

| 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 | 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 |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | en cuenta que hoy es jornada liberada, se la otra señora informa si el niño continuara con medicamentos o inhalaciones recomendadas y enviadas por el médicos las cuales estén por escrito, bajo soporte médico, que ya había entregado el 1 de agosto. Se continúa el seguimiento y 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | Jusneidy Sifontes 49961145 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 02/08/2024 | 12:50 | JI Semillitas de amor Párvulos 2 | Siendo las 12:50 ingresa al aula de Párvulos 2 la señora Jusneidy Sifontes, mamá de Branger el cual sale en optimas condiciones Físicas, emocionales, y salud. La docente le comenta a la señora Jusneidy que el niño consumio alimentos de merienda adecuada participa en las actividades y se aclara que no presento tos. La señora Jus Se tomara el siguiente espacio |

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

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J.I semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Familias NUIP 1111113266 NIÑA O NIÑO Bunger Jesniel Linarez Sifontes

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Jusneidy Adriana Sifontes Carrillo

ACUDIENTE PRINCIPAL Jusneidy Sifontes PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

| 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 NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | Neidy explica que continúa realizandoles las inhalaciones al niño en la mañana antes de traerla al jardín y en la tarde luego de salir del jardín y para no afectar el proceso. Se realiza cierre del seguimiento del 29/07/2024 al 02/08/2024 y con este Punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | Jusneidy Sifontes 4996145 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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 20210153002 20/05/2021 |
| Página: 1 de 2 |

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA: J.I Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yolima Velasquez

NIVEL párvulos D NUIP 1032514979 NIÑA O NIÑO: Deiber Daniel Simancas Rivas

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Dayana Carolina Rivas Rivera

ACUDIENTE PRINCIPAL: Dayna Rivas PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/08/2024 | 16:35 | J.I Semillitas de amor párvulos D | Siendo las 16:35 ingresa al aula de párvulos D la señora Leidy del carmen Briceño Acudiente y cuidadora, del niño Deiber Simancas el cual sale del jardin en compañia de la señora Leidy del carmen Briceño, en optimas condiciones, Fisicas, emocionales y Salud se recomienda a la señora Leidy informarle a la señora Dayana Rivas mamá de Se tomara el siguiente espacio |

| 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 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | Deiber Simancas que debe traer carta de autorización, autolicitandola a ella (Señora Leidy) y el documento de identidad (Fotocopia). Se continua el Seguimiento y 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | Leidy 67525772 |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 02/08/2024 | 7:50 | J.I Semillitas de amor párvulos D | Siendo las 7:50 ingresa al aula de párvulos D la señora Dayana Carolina Rivas mamá de Deiber el cual ingresa tranquilo en optimas condiciones, quedandose a participar del servicio. la señora Dayana hace entrega de carta de autorización y documento de identidad Fotocopia de la señora Leidy del Carmen Briceño quien es la persona Se tomara el siguiente espacio |

| 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 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | que en ocasiones va a recoger o a traer al niño Deiber, la señora Dayana ha pide disculpas por lo sucedido el dia 1/08/2024 y afirma que no volvera a suceder, de igual forma la docente le pide el favor que si llegara a presentar alguna situación comunicarse con la coordinadora. Se realiza cierre del seguimiento de tal 2/08/2024 y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barros Docente | Dayana Rivas 6657897 |

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA JI Semillitas amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos D NUIP 1066700327 NIÑA O NIÑO Valeria Ramirez Paternina

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Stheffany Margarita Paternina Muriel

ACUDIENTE PRINCIPAL Stheffany Paternina PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 06/08/2024 | 16:20 | JI Semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 16:20 ingresa al aula de Párvulos D la Señora Norelis Paternina Valeria Ramirez., la Señora Norelis hace entrega de un Soporte médica odontologico e informa que la Niña Inicia tratamiento odontologico que van a sacar cita y estara comunicando que día son las citas se realiza cierre del seguimiento y en este Punto Finaliza la Visitad. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Alejandra Barros Docente | Norelis Paternina 312 3001217 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J.I Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez
NIVEL Párvulos D NUIP 1023421883 NIÑA O NIÑO Dilan Mathias Briñez Paloche
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Luisa Fernanda Paloche Tique
ACUDIENTE PRINCIPAL Luisa Paloche PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 05/08/2024 | 10:40 | J.I Semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 10:40 ingresa al aula de párvulos D, la señora Luisa paloche mamá de Mathias Briñez el cual se evidencia tranquilo, en buen estado de salud y Físicamente bien dispuesto a participar del servicio. La señora Luisa hace entrega de un soporte médico de oftamologia y recomendaciones. Se continua en seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios docente | Luisa Paloche 1050552784 |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 05/08/2024 | 16:15 | J.I Semillitas de amor Párvulos D | Siendo las 16:15 Ingresa al aula de párvulos D la señora Luisa paloche mamá de Dilan Briñez La docente le dice a la Señora Luisa, que el niño consumio los alimentos, participó en las actividades esta tranquilo, Físicamente bien y se observa buena salud. Además le pide el favor tener en cuenta las recomendaciones del médico respeto a la emetropización y no se se tomara el siguiente espacio |

| 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 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | enviaron gafas, a su vez gotas para aplicar 1 olapatadina cada 12 horas por 30 días, tambien evitar dispositivos electromicos, además se recomienda sacar cita nuevamente apenas terminar las gotas. Se realiza cierre del seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Barrios docente | Luisa Paloche 1050552784 |

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

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

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

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 5<br>Fecha: Memo (2021015300 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J.I Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos P NUIP 1300022720 NIÑA O NIÑO Eithan Camilo Surquira Cardoso

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Wendy Geraldin Cardoso Fernandez

ACUDIENTE PRINCIPAL Wendy Cardozo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

| TIPO DE NOVEDAD | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD | | | | | | | | | | | |
| 26/08/2024 | 10:00 | J.I Semillitas de amor Parvulos P Oficina | Siendo las 10:00 Se Inicia un dialogo con la Señora, Wendy Yeraldin Cardozo Fernandez identificada con CC 1000789277 mama Eithan Camilo Surquira cardozo, la psicologa de las SD Sofia y en presencia de la coordinadora Yolima Velasquez. nuevamente Se le explica a la Señora Wendy el proceso que debemos tener en cuenta Se tomara el Siguiente años | | | | | | | | | | | |
| 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 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD | | | | | | | | | | | |
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | para la acogida, además Fortalecer la comunicacion asertiva teniendo en cuenta por solicitud de capo con acción de tutela Se le explica también a la Señora Wendy el horario de salida, ingreso. tener en cuenta que todos los días el niño debe asistir al jardin y así garantizarle la alimentación y los procesos de pedagogía Se tomara el siguiente espacio | | | | | | | | | | | |
| 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 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD | | | | | | | | | | | |
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | asistencia a los talleres es obligatoria en el momento de venir por el niño traer el carné, Si necesita cualquier situación informar, y tener un dialogo con la docente y dado caso con la cordinadora, los documentos médicos que se necesitan deben estar por parte de la Eps. Se tomara el siguiente espacio | | | | | | | | | | | |
| 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 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD | | | | | | | | | | | |
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | La Señora Wendy refiere que mañana 27/08/2024 traera la carta de autorización y Fotocopia de la persona quien va a quedar a cargo del niño cuando el no pueda asistir. Se continua el seguimiento y en este punto Finaliza 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 | | | | | | | | | | | |
| Alejandra Barrios docente | | | Wendy Cardozo CC 1000789277 | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J.I. semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez
NIVEL Párvulos P NUIP 1010252009 NIÑA O NIÑO Carlos Andres Sanchez Gonzalez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Ana Fabiola Gonzalez Carrillo
ACUDIENTE PRINCIPAL Ana Gonzalez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 7/08/2024 | 7:30 | J.I Semillitas de amor Párvulos P | Siendo las 7:30 ingresa al aula de párvulos P la señora Ana Fabiola Gonzalez mamá de Carlos Andres. La señora Ana informa que la llamaron de la Eps para explicar le, que habian cancelado la cirugia del niño por una causa administrativa, y asi misma reprogramarán el procedimiento quirúrgico para el día 2 de Septiembre del presen Se tomara el siguiente espacio |

| 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 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | te año, la Señora Ana Fabiola hace, entrega del soporte de la mencionado la docente agradece por la Información y se les recuerda cualquier situación que se presente respetó a la cirugia programación Informar como hasta el momento se continua seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandra Bunos Docente | Ana fabiola Gonzalez Carrillo 1099345205. |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 22/08/2024 | 7:23 | J.I Semillitas de amor Párvulos P | Siendo las 7:23 ingresa al aula de párvulos P el señor Alfredo Sanchez papá de Carlos Andres Sanchez., La docente inicia un dialogo con el señor Carlos Sanchez respecto a la posible cirugia de los ojos que se le ha a realizar y al niño del día 2 de Septiembre del presente año. El señor Alfredo refiere, " que no tienen más información Se continúa en el siguiente espacio. |

| 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 | X | Se realizó activación de póliza SI ___ NO X | Se realizó activación de ruta SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | Solo el soporte que les entregaron por parte de la Fundación Homi Salas de cirugia, y que los llamaban días antes, de igual forma la docente pide el favor de Informar apenas los llamen. Se continua el Seguimiento y en este punto Finaliza Una novedad. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Alejandra Bunos Docente | Alfredo Sanchez CC 93.07425 |

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA J.I Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Celas Ruiz

NIVEL Párvulos P NUIP 1010252009 NIÑA O NIÑO Carlos Andres Sanchez Gonzalez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Ana Fabiola Gonzalez Carrillo

ACUDIENTE PRINCIPAL Ana Gonzalez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandra Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 28/08/2024 | 9:40 | J.I Semillitas de amor Párvulos Oficina | Siendo las 9:40 Ingresa al aula de párvulos P y luego a la oficina, la señora Ana Fabiola Gonzalez mamá de Carlos Andres Sanchez. La señora Ana Fabiola hace entrega de una incapacidad por 8 días a partir del 27/08/2024 hasta el 03/09/2024. Se aclara que el niño asistio ayer en cita de control Se tomara el siguiente espacio |

| 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 X | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | X | | | | | | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | de crecimiento y desarrollo, la doctora lo valora y le dijo a la señora Ana Fabiola Gonzalez y que el niño estaba presentando RinoFaringitis Viral antecedente de PBP y prematurez. Además la señora Ana Fabiola debe permanecer con el niño en casa con muchos cuidados para que este bien de salud para Se tomara el siguiente espacio |

| 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 X | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | X | | | | | | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | que le puedan realizar la cirugia de bajos el día 02/09/2024. la J docente le pide el favor a la Señora Ana Fabiola tener presente todo lo que le recomendo el médico e informar cualquier situación que se llegue a presentar con el niño. Tambien la señora Ana Fabiola hace entrega |

| 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 X | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | X | | | | | | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | formula médica y soporte de crecimiento y desarrollo. y por lo mencionado anteriormente se realiza suspención del niño. Se continua seguimiento y en este punto finaliza la J novedad |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Alejandra Barrios Docente | Ana Fabiola Gonzalez Carrillo 1049342205 |

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA JI Semillitas de amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Yolima Velasquez

NIVEL Párvulos P NUIP 1010252009 NIÑA O NIÑO Carlos Andres Sanchez Gonzalez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Ana Fabiola Gonzalez Carrillo

ACUDIENTE PRINCIPAL Ana Gonzalez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alejandro Barrios

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 29/08/2024 | 16:28 | JI Semillitas de amor Párvulos P | Siendo las 16:28 la Señora Ana Fabiola Gonzalez mamá de carlos Sanchez Se comunica con la docente InFormando que el Niño carlos continúa muy congestionado, de Igual Forma estas Siguiendo las Indicaciones del médico respecto a Suministrar Medicamentos. Se continúa el Seguimiento y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandro Barrios Docente | NO APLICA |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 30/08/2024 | 16:00 | JI Semillitas de amor Párvulos P | Siendo las 16:00 la docente realiza llamada telefonica al número 3075584967 logrando comunicación con la Señora Ana Fabiola mamá de carlos. la Señora Ana refiere que el Niño continua congestionado pero recibe alimentos de manera adecuada. la docente recomienda informar cualquier situación Se tomara el siguiente espacio |

| 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 | Se realizó activación de ruta SI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | | X | | | | | | | SI ___ NO X | ___ NO X |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | que se presente con el Niño. Se continúa el Seguimiento en el mes de Septiembre. Y en este punto Finaliza 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 |
|---|---|
| Alejandro Barrios Docente | NO APLICA |

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

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

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

Powered by CamScanner