	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 Suba UNIDAD OPERATIVA Las Flores RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Luisa Torres.
CMZ NUIP 1031860395 NIÑA O NIÑO Antonella Poveda.
NOMBRE PADRE CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Luisa Valbuena.
ACUDIENTE PRINCIPAL Luisa Valbuena PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Rios.

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 ____
		X									SI ____ NO X	SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
02 de Septiembre.	7:00	casa.	La señora Luisa Valbuena Id con CC 1032417519, se comunica con la profesional indicando que el día 30/08/2021 en horas de la tarde llevo a la niña Antonella a la cita oftalmológica donde le indicaron que tenía una infección en la cornea donde le mandaron tratamiento por 1 mes, pero que no le dieron incapacidad y ella indica que no puede asistir al jardín durante ese mes ya.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
			que durante el día tener que aplicarle los siguientes medicamentos. Hialuronato de sodio Aplicar cada hora en el ojo, Moxifloxacino, cada 4 horas, suministrar 5 veces al día, también indica el día viernes 06 de septiembre tiene cita 4. Id o solicitar la incapacidad de igual manera la profesional le indica que es importante mantener un soporte justificando la inasistencia de la niña ya que son muchos días.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios	N/A

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 ____
		X									SI ____ NO X	NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
03 de Septiembre.	13:10	casa	La Profesional se comunica con la Señora Luisa Valbuena Id con CC 1032417570 al número de teléfono 3115289389, para Progonta y por la inasistencia y por el estado de salud de la niña a lo que la madre refiere que el día de hoy esta con el papá y le continúan aplicando los medicamentos según las sugerencias del médico, ya están esperando el viernes la cita médica. para Observar

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A

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
N/A	N/A	N/A	Su evolución y Pedir la incapacidad correspondiente, la Profesional le recuerda que es importante enviar los soportes Médicos y solicitar la incapacidad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios	N/A

Powered by CamScanner

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

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

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: las flores. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Luisa Torres
NIVEL: CM2 NUIP: 1031860395 NIÑA O NIÑO: Antonella Poveda.
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Luisa Valbuena
ACUDIENTE PRINCIPAL: Luisa Valbuena. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Rios

TIPO DE NOVEDAD			1	X 2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
05 de Septiembre	13:20	casa.	1o. Profesional se comunica con la señora Luisa Valbuena. id con CC 1032417579. al numero de telefono 3115284384. para preguntar por la asistencia y el estado de salud de la niña a lo que la madre indica que continua. aplicando los medicamentos para una mejor evolución de la niña. y que yo el dia de mañana tiene la cita para la incapacidad.										NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Diana Rios.	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: N/A

TIPO DE NOVEDAD			1	X 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											
06 de Sept.	13:00	casa.	1o Profesional se comunica con la señora Luisa Valbuena. id con CC 1032417579 al numero de telefono. 3115284384. para preguntar por el estado de salud de la niña o lo. que la madre refiere. que el dia de hoy la lleva al medico indicado que le tuviera que dilatar los ojos para observar lo evolucion de sus ojos. a lo que el medico. le refiere que le falta un poquito.										NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: N/A	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: N/A

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											
N/A	N/A	N/A	y tiene que continuar con su tratamiento tambien indico. que sigue perdiendo. la incapacidad. y que estara pendiente y tan pronto la tenga la enviara.										NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Diana Rios	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NA.

TIPO DE NOVEDAD			1	X. 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											
09 de Sept	8:10.	casa.	la señora luisa Valbuena id con CC 1032417579 via whatsAPP. enviando el soporte de la cita del dia 06 de septiembre donde le enviaron lo siguiente. incapacidad. donde indica que la niña tiene la incapacidad desde el dia 30 de Agosto donde se inicio el tratamiento lo cual fue iniciado cuando. no existia infeccion viral. por lo pronto. solamente. la incapacidad cubriria hasta el 10 de octubre, lo cual se.										NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD:	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR:

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD: 2060 UNIDAD OPERATIVA: Los Flores. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Luisa Torres.
NIVEL: CM 2 NUIP: 1031860373 NIÑA O NIÑO: Antonella Posada.
MADRE PADRE CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Luisa Valbuena.
ACUDIENTE PRINCIPAL: Luisa Valbuena PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Rios.

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
N/A	N/A	N/A	le solicita a la madre que más lo dejeran y ella indica que la niña debe de asistir todos los viernes a realizar revisión del ojo. y esta esperando que le den una cita con un medico especializado en corneas. y que la niña continua evaluciando de buena manera con los medicamentos. que tan pronto tenga el soporte lo enviara.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	N/A

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									SI ____ NO X	____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
10 de Sep	13:10	Casa	la Profesional se comunica con la señora Luisa Valbuena Id con CC 1032417570 al numero de telefono 3115289384. Para preguntar por el estado de salud de la niña. a lo que la madre refiere que continua evolucionando con los medicamentos. y que continua sacando las citas de los controles los dias viernes, indicando que este viernes, no le dieron la cita ya. que no hay oferta, y el 19 de septiembre tiene la cita con el especialista de las.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A.

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
			corneas, y que continua sacando las citas medicas. Para una mejor evaluacion pero que esta un poco difícil. Por su edad, la Profesional le indica que cualquier novedad respecto a la salud de la niña indicarla. para el seguimiento.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios	N/A

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									SI ____ NO X	____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
11 de Sep	13:10	Casa.	la Profesional se comunica con la señora Luisa Valbuena Id con CC 1032417574, al numero de telefono 3115289384, para preguntar por la evolucion de la niña. a lo que la madre refiere que sigue solicitando la asignacion de citas. ya que casi no hay oferta, tambien refiere que, se encuentra cuidando la niña en casa, aplicando los medicamentos, que ya esta un poco mejor pero aun le cuesta recibir la luz directo, que se comunicara

OMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A

Powered by CamScanner

	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: Suba UNIDAD OPERATIVA: las flores RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Luisa Torres
NIVEL: CN2 NUIP: 1031866345 NIÑA O NIÑO: Antonella Poveda valbuena.
MADRE PADRE CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: luisa valbuena.
ACUDIENTE PRINCIPAL: luisa valbuena PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Rios.

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
N/A	N/A	N/A	con la profesional nuevamente cuando ya tenga las ordenes. y la cita la profesional le indica que se seguira comunicando con ella ya que. es importante ver la evolucion de la niña.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
DIANA Rios.	N/A

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											
12 de sep.	13:00	casa.	la Profesional. se comunica con la señora, luisa valbuena. Id con cc 1032417579 al numero de telefono 3115289384., para preguntar. como sigue la niña a lo que la madre refiere que. amaneció con el ojito un poco flojito para abrirlo pero que presento mejoria durante el dia, y sigue a la espera de las citas Medicas.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios	N/A

TIPO DE NOVEDAD			1	X 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 de sep.	13:10	casa	la Profesional se comunica con la señora. luisa valbuena. Id con cc 1032417579 al numero de telefono 3115289384, para preguntar por el estado de salud de la niña a lo que la madre refiere. que la seguira cuidando en casa para una mejor evolucion de los Medicamentos. sigue. esperando que le den la cita un poco mas pronto; pero si ve mejoria a la niña,											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	N/A

TIPO DE NOVEDAD			1	X 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											
16 de sep.	13:00	casa	la Profesional se comunica con la señora luisa valbuena Id con cc 1032417579. al numero de telefono 3115289384, para preguntar por el estado de salud de la niña a lo que la mama refiere. que. el fin de semana no la llevaron a ningun lado, porque no lo pueden dar el sol, que ha presentado molestia y picor. entonces dicen que estan mas pendientes. sigue evolucionando con los medicamentos y siguen esperando las citas Medicas.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios	N/A

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-P55-309 Versión: 0 Fecha: Memo I2021015300 - 20/09/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: las flores RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Luisa Torres.
NIVEL: CH2 NUIP: 1031860595 NIÑA O NIÑO: Antonella Rovodoi.
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Luisa Valbuena
ACUDIENTE PRINCIPAL: Luisa Valbuena PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Rios.

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
NA	NA	NA.	La Profesional le indica que por tantos dias de inasistencia y sin una incapacidad justificable, la coordinadora habló con la referente local indicando el caso a lo que ellos indican que la madre realice una carta solicitando los cupos en voluntaria para no perder el cupo, asimismo se le indica como se debe de llenar y lo que la madre indica es que el dia martes la hace llegar al jardin.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	NA.

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
17 de sep.	13:00	Casa	La Profesional se comunica con la señora Luisa valbuena. Id con CC 1032417579, al numero de telefono 3115289384, preguntando por la salud de la niña. a lo que la madre refiere que se encuentra bien a presenta dolor y molestia pero el dia de hoy fue la cita. ha bajado la fiebre ya termino el tratamiento el dia domingo y que la carta la hace llegar apenas tenga tiempo disponible. ya que esta trabaja. jardin.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	N/A

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
18 de sep.	13:00	Casa	La Profesional se comunica con la señora Luisa valbuena. Id con CC 1032417579, al numero de telefono 3115289384, para preguntar por la salud de la niña donde ella refiere que el dia de hoy se encuentra bien evolucionando. a medida que le aplican los medicamentos y que continua esperando la cita y que el dia de hoy en la tarde hace llegar la carta.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	N/A

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
19 de sep.	13:10	Casa.	La Profesional se comunica con la señora Luisa. Valbuena. Id con CC 1032417579, al numero de telefono 3115289384, para preguntar por el estado de salud de la niña a lo que la madre refiere que el dia de hoy tuvo cita y que le fue muy bien, que la niña continua evolucionando. y que ya le pusieron solo tratamiento en la mañana y en la noche. tambien refiere que el

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-P55-309 Versión: 0 Fecha: Memo 20210183000 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: los flores RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Luisa Torres

NIVEL: CH2 NUIP: 1031866345 NIÑA O NIÑO: Antonella Saavedra.

NOMBRE PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Luisa Valbuena

ACUDIENTE PRINCIPAL: Luisa Valbuena PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Rios.

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
N/A	N/A	N/A	Se reduce la reunión que el día de mañana solicita incapacidad solo si es necesario, la profesional indica que es importante que la niña asista ya que no tiene solo tres días para enviar la carta a lo que la madre refiere que va hablar con el papá para ver si vuelve al jardín o no. el día de mañana en caso tiene que dejar al otro medio mañana.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	N/A

TIPO DE NOVEDAD	1	X 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
23 de Sep.	7:40	Casa.	la señora luisa valbuena id con cc. 1032417529. se comunica con la profesional via whatsAPP. por motivo de envio de carta de suspensión ya que decide mejor tenerla en casa mientras termina todo el tratamiento, la profesional le indica que enviara la carta a coordinación y que cualquier novedad se comunica con ella.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	N/A

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
23 de Sep.	13:00	Casa.	la señora luisa valbuena. id con cc. 1032417529. se comunica con la profesional. indicando que enviara la carta con la respectiva autorización de la suspensión, la cual fue entregada a la coordinadora para realizar el respectivo proceso. también se le indica a la madre que al quedar suspendido se hara seguimiento 2013 veces a la semana para saber la evaluación de la niña, la

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A

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
N/A	N/A	N/A	madre esta de acuerdo. y refiere que cualquier incapacidad y examenes medicos, seran comunicados al jardin.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios	N/A

Powered by CamScanner

REGISTRO DE NOVEDADES — UNIDAD OPERATIVA Lulo

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-P55-309 Versión: 0 Fecha: Memo (2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD Sulo — UNIDAD OPERATIVA — RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Lulo Torres.

NIVEL CM2 — NUIP 1031860585 — NIÑA O NIÑO Antonella. Poveda.

MADRE PADRE CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Lulo. Valbuena.

ACUDIENTE PRINCIPAL Lulo Valbuena. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Diana Rios.

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
30 de Sep.	13:00	casa.	La Profesional se comunica con la Señora Lulo Valbuena. Id. con CC. 1032417579, Pto. al numero de telefono 3010812029, Para Pto. Juntar por la salud de la niña a lo que ella refiere. que ya. la ve mucho mejor. y que el dia de hoy ella tiene la cita en la tarde. y depende de lo que. le diga el medico Informa es el jardin.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios	N/A

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
N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A

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
N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD Suba UNIDAD OPERATIVA los flores RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Luisa Torres.

NIVEL CNZ NUIP 1733924898 NIÑA O NIÑO Nathaly Sofhia Varon.

MADRE/PADRE CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yezid Varon Zapata

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yezid Varon. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Rios

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
17 de Sep.	13:00	Casa	La Profesional se comunica con el señor Yezid Varon Id con CC 79875128, al numero de telefono 3186970709, para preguntar por la inasistencia de la niña a la, que refiere que el amaneció un poco indispuesta de salud. y no quizo madrugar la cual se quedó en casa con ello, pero que se encuentra en buenas condiciones de salud y el dia de mañana vuelve al jardin.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	N/A

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X 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
18 de Sep	7:40	JI los Flores	La niña Nathaly Sofhia ingresa a compañia del señor Yezid Varon Id con CC 79875128, quien es el Padre de la niña indicando que se encuentra en buenas condiciones de salud y que pasó una buena noche; la Profesional la observa y evidencia que se encuentra en buenas condiciones de salud y le socializa la novedad del dia de ayer el cual acuerdo y firmó.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios	Yezid Varon 79875128.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X 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
18 de Sep	16:10	JI los Flores.	Se le entrega la niña al Señor Yezid Varon Id con CC 79875128, quien es el Padre de la niña, la Profesional le indica que la niña realizo todas las actividades pedagogicas, Como bien durmo bien el Padre va observa y evidencia que se encuentra en buenos condiciones de salud. esta de acuerdo y firma, 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
Diana Rios.	Yezid Varon 79875128.

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
N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACION 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 Suba UNIDAD OPERATIVA: las flores. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: luisa Torres

NIVEL: CNZ NUIP 1031860155. NIÑA O NIÑO: Elmy Celeste Hernandez.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Catalina Reyes.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Catalina Reyes. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Rios.

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
05 de sep.	7:20.	Casa	La Profesional se comunica. con la Señora. Catalina Reyes. con cc 1233894493. al numero de telefono 3023612703 a lo que la madre indica. que. que no lleva a la niña. por cuestiones del. Paro, paro que. el dia de mañana. la lleva con normalidad que la niña se encuentra en buenas condiciones 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
Diana Rios.	N/A

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X 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 de sep.	7:20.	J1 las flores	Seguimiento. La niña ingresa en compañia de la señora Catalina Reyes Id con cc 1233894493, indicando. que la niña se encuentra. en buenas. condiciones. de salud. Paso buena noche, la profesional la observa. y evidencia que se. encuentra. a buenas condiciones, le socializa la novedad del dia. 06 de septiembre, la madre. esta de acuerdo y firma.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Rios.	Catalina Reyes. 1233894493.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X 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
07 de sep.	15:10	J1 las flores.	Seguimiento y Cierre. Se le entrega. la niña. a la señora. Catalina Reyes. Id con cc 1233894493, donde la Profesional. le refiere que. participo en las actividades propias. propias como bien. durmio bien, la madre la observa, y firma. la novedad. 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
Diana Rios.	Catalina Reyes. 1233894493

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
N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
N/A	N/A

Powered by CamScanner