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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021


LOCALIDAD: C Bolívar UNIDAD OPERATIVA: JI Semillitas de Amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yolima Velasquez

NIVEL: Prejardín B NUIP: 1028703126 NIÑA O NIÑO: Aaron Francisco Rozillo Vasquez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sharon Vasquez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Sharon Vasquez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Esperanza Alvarado

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 19/04/2024 | 7:10 | Jardín Semillitas de Amor Prejardín B | Siendo las 7:10 del presente año ingresa al salón de prejardín B el niño Aaron Francisco Rozillo Vasquez, el niño ingresa en optimas condiciones físicos y emocionales aparentemente, ingresa en compañía de la mamá la señora Sharon Vasquez quién hace entrega del certificado médico visual, 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 |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente | Sharon Vasquez, 1258330 Sharon |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 19/09/2024 | 16:10 | Jardín Semillitas de Amor Prejardín B | Siendo las 16:10 del presente año en el momento de la docente Esperanza hace entrega del niño Aaron Francisco Rozillo Vasquez a la mamá la señora Sharon Vasquez le informa que el niño participo activamente y con agrado de las distintas experiencias pedagógicas y que consumió con agrado los alimentos por lo que se procede a cerrar la novedad y en este punto finaliza |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente | Sharon Vasquez, 1258330 Sharon |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 27/09/2024 | 16:10 | Jardín Semillitas de Amor Prejardín B | Siendo las 16:10 en el momento en que la señora Sharon Vasquez ingresa al salón de prejardín B, la docente le comunica que aunque ya se tiene el aval del medico general del certificado de audiología, pero como por pediatría se continua el seguimiento para el dra que le entreguen el certificado de audiología se procede a cerrar la novedad y se finaliza |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente | Sharon Vasquez 1258330 Sharon |

| 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 |

Scanned with 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: C. Bolívar UNIDAD OPERATIVA: J.I. Semillitas de Amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yolima Velazquez
NIVEL: Prejardín B NUIP: 1023420185 NIÑA O NIÑO: Alan Isaac Romero Torres
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Leidy Romero Torres
ACUDIENTE PRINCIPAL: Leidy Romero PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Esperanza Alvarado

| 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 V |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 27/09/2024 | 16:20 | Jardín Semillitas de Amor Prejardín B | Siendo las 16:20 con motivo de continuar con el seguimiento relacionado con el certificado odontológico, se le informa a la abuela materna la señora Rubiela Torres que nuevamente el día de hoy se firma compromiso y que le recomiendan sacarlo, esto para estar al día con toda la documentación, se hace cierre a la novedad y en este punto finaliza. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente | Rubiela Torres CS1962503 (Cédula ilegible) |

| 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 |

Scanned with CamScanner

| | PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo 20231015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD: C. Bolívar UNIDAD OPERATIVA: JJ Semillitas de Amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yolima Velásquez

NIVEL: Nivel 1 - 2 NUIP: 1127541779 NIÑA O NIÑO: Eythan Zaid Sierra Celis

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie Celis

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Celis PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Esperanza Alvarado.

| 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 |
|---|---|---|---|
| 25 09 2024 | 9:29 | Jardín Infantil Semillitas de Amor Pregardín B | Siendo las 9:27 am sale del Jardín el niño Zaid Sierra en compañía de su mamá Angie Celis ya que el niño tiene terapia, el niño sale en perfectas condiciones físicas y de salud, recibio los alimentos en el Jardín ofrecidos hasta el momento se le entrega refrigerio de la tarde bebida, Fruta y galletas, la señora Angie a partir de este momento se hace responsable de su hijo Se continua con Seguimiento a novedad. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Bibiana Reuvez - docente BibianaR. | Angie Celis 1022404676 Angie Celis |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 26 09 2024 | 7:30 | Jardín Infantil Semillitas de Amor Pregardín B | Siendo las 7:30 ingresa al jardín el niño Eythan Zaid Sierra Celis, ingresa en perfectas condiciones físicas y de salud, ingresa en compañía de la mamá la señora Angie Celis. Se continua seguimiento por la salida el cual se ajusta a lo previsto 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 |
|---|---|
| Bibiana Reuvez - Docente BibianaR | Angie Celis 1022404676 Angie Celis |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 26 09 2024 | 16:20 | Jardín Infantil Semillitas de Amor Pregardín B | Siendo las 16:20 en el momto en que ingresa al salón la señora Angie Celis se le informa que su hijo Eythan Zaid Sierra Celis estuvo activo en las experiencias y participo con alegria, consumio bien los alimentos sale en optimas condiciones físicas y de salud, es por ello que damos cierre a la novedad. del dra. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| BibianaReuvez - Docente BibianaR | Angie Celis 1022404676 Angie Celis |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 27/09 2024 | 16:15 | Jardín Semillitas de Amor Pregardín B | Siendo las 16:15, ingresa al salón la señora Angie Celis, la docente le comunica que el compromiso de ingreso del certificado, ideal por lo cual de ahora en adelante se hará con novedad. y de se espera que en un mes ya se haga, novedad, se procede a firmar para hacer cierre a la novedad y en este punto finaliza. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente | Angie Celis 1022404676 Angie Celis |

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Versión: 0

Fecha: Memo I2021015309 - 20/05/2021



LOCALIDAD: C. Bolívar UNIDAD OPERATIVA: J. Semillitas de Amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Olimo Velasquez

NIVEL: Prejardín B NUIP: 1024610239 NIÑA O NIÑO: Erick Samuel Alvarado Gomez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Lina Gomez Prieto

ACUDIENTE PRINCIPAL: Blanca Prieto PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Esperanza Alvarado

| 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 |
|---|---|---|---|
| 27/09/2024 | 16:25 | Jardín Semillitas de Amor Prejardín B | Siendo las 16:25 en el momento en que ingresó la señora Blanca Prieta con motivo de continuar con el seguimiento del certificado odontológico, se le informa a la abuela materna que nuevamente el día de hoy se firmó compromiso por lo cual refiere que "profe la cita me la dieron para el 27 de noviembre", se hace cierre a la novedad y en este punto finaliza. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente Cloverdale | Blanca Yaldy Prieto CC 52322746 Blanca Prieto |

| 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 |

Scanned with 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: Bolívar UNIDAD OPERATIVA: JI Semillitas de Amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yolima Velasquez

NIVEL: Prejardín B NUIP: 1126460169 NIÑA O NIÑO: Derech Yoel Patiño Garcia

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Jessica Garcia Villamil

ACUDIENTE PRINCIPAL: Jessica Garcia PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Esperanza Alvarado

| 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 NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 17/09/2024 | 16:10 | Jardín Semillitas de Amor Prejardín B | Siendo los 16:10 al momento de ingresar la señora Jessica Garcia por su hijo Derech Yoel Patiño Garcia, la docente le comenta que el niño estuvo bien participo activamente de las experiencias, consumio con agrado los alimentos y se encuentra en optimas condiciones físicas y de salud. se procede a cerrar la novedad y en este punto finaliza. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente | Jessica Garcia 1024576813. |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 27/09/2024 | 16:15 | Jardín Semillitas de Amor Prejardín B | Siendo los 16:15 al momento de ingresar la señora Jessica Garcia por su hijo Derech Yoel Patiño Garcia, la docente le comenta que se vuelve el compromiso por el certificado odontológico la cual hace que se proceda a hacer la novedad, quedando compromiso pedir cita para cumplir con los documentos, no siendo otro el asunto se hace cierre a la novedad. finalizando aquí |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente | Jessica Garcia 1024576813. |

| 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 |

Scanned with 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: Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA: Semillitas de Amor RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Paloma Velasquez

NIVEL: Prejardín NUIP: 1140940140 NIÑA O NIÑO: Lilia Isabella Cristiano Linares

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Luisa Linares

ACUDIENTE PRINCIPAL: Luisa Linares PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Esperanza Alvarado

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 |
|---|---|---|---|
| 27/09/2024 | | Jardín Semillitas de Amor Prejardín B | Siendo las 16 con motivo de continuar con el seguimiento relacionado con el certificado auditivo, se le informa a la señora Luisa Linares que a partir de este mes el compromiso relacionado con documentos se hará por medio de una novedad. Por lo cual la señora firma, se procede a hacer entrega a la novedad y en este punto finaliza. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Esperanza Alvarado Docente | Luisa Linares 1024164430 Luisa Linares |

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 |

Scanned with CamScanner