SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

INFORMACIÓN ADICIONAL DE SINIESTRO
POLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL

IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones, enmendaduras o información adicional favor validarlas con la firma al respaldo. De la veracidad de la información suministrada a continuación, depende del exito de su reclamación. ((Porfavor no dejar espacios en blanco)).

DATOS DEL TOMADOR

0 5 0 9 2 0 2 4

NOMBRE	NIT o C.C.	No. POLIZA

CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	NUMERO TELEFÓNICO	CIUDAD

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE	IDENTIFICACION	ESTADO CIVIL	NOMBRE A QUE E.P.S. O A.E.P.Y/O A.R.P ESTA AFILIADO
Danna Valeska Gamez Ros	1028958041	Soltera	Nueva EPS

CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	NUMERO TELEFONICO	CIUDAD	EDAD
		3234635104	Bogotá	3 años

PERSONA JURIDICA

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE	NIT o C.C.
Fanniely Jhoselin Ros Atencio	1124049602

DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Cll 136 c # 155-18	3234635104	

PERSONA NATURAL

1er APELLIDO / 2do APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ No.

DIRECCIÓN	TELÉFONO	SEXO F ☐ M ☐	EDAD

CORREO ELECTRÓNICO	ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACIÓN $

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DIRECCIÓN EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS	CIUDAD	FECHA DE OCURRENCIA	HORA
Cra 136A #133-40	Bogotá	0 5 0 9 2 0 2 4	12:30 AM ☐ PM ☒

AMPARO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACION: Poliza Estudiantil

LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO: ☐ COLEGIO ☐ LUGAR DE TRABAJO ☐ VIVIENDA ☐ ESCENARIO DEPORTIVO ☒ OTRO ¿CUAL? J.I.C Piedra Verde

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS: la niña Danna Valeska ingresaba al baño a realizar rutina y al entrar resbaló y se cae de frente contra el sanitario, la profesional se da cuenta de lo sucedido evidenciando una herida abierta en el entrecejo. ocasionada por el golpe.

EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN FUNCIÓN (Actividad académica, deportiva y/o avalada por la Institución Médica)

INDIQUE SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES DERIVADA DE ☐ ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL? _____

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TELÉFONO

SOLO APLICA PARA PERSONAS NATURALES

INFORMACION DEL TITULAR DE LA CUENTA

Titular:

Beneficiario:

Tipo de documento de Identidad: Cédula NIT Cedula de Extranjería:

Número de documento:

Dirección:

Teléfono: Ciudad:

Correo Electrónico:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (OBLIGATORIA

Banco Nombre Código

Sucursal Ciudad

Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros Número de Cuenta

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** para que realicen el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, para labores de mercadeo y comercialización, renovación de productos, prestación de servicios de asistencia, para fines estadísticos, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por **LAS ASEGURADORAS**, entre otros.

Declaro que he sido informado que son facultativas las respuestas sobre datos sensibles definidos en la ley y en especial aquellos relacionados con niños, niñas y adolescentes, y en el evento que llegue a suministrarlos, autorizo expresamente para que se lleve a cabo su tratamiento.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS**, tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de **LAS ASEGURADORAS**, el cual se encuentra publicado en las páginas, **www.segurosdelestado.com** y **www.segurosdevidadelestado.com**

Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de **LAS ASEGURADORAS**, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77. correo electrónico **info@segurosdelestado.com**

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s), así:

1.He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.

2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).

3 Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA, IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTA PERMITIDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LA ACOMPAÑAN, QUE HACIENDO USO DE DICHA PRERROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LE SEA SUMINISTRADA AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD O PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD, LOS TRATAMIENTOS QUE SE SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

"En mi calidad de titular de la cuenta, otorgo a la Entidad Financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones crédito enviadas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, en adelante **LAS COMPAÑIAS,** acreditando mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información aquí contenida. De igual forma, autorizo de manera libre, expresa y voluntaria a **LAS COMPAÑIAS** y/o sus encargados, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir y disponer de los datos que he suministrado en este formato los cuales podrán ser incorporados en distintas bases de datos de las Compañías. Los datos personales cuyo tratamiento se autoriza, serán conservados por **LAS COMPAÑIAS** hasta que sea solicitada la supresión de la información por parte del titular, y serán tratados de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013."

En caso de ser procedente el pago solicitado, en mi calidad de titular de la cuenta, autorizo a **Seguros de Vida del estado S.A**, a realizar la transferencia electrónica, a la cuenta y entidad bancaria señalada anteriormente.

FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO OPCIONAL)

QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE _____

NIT O C.C. No. DE

NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN

NUMERO DE CELULAR: _____

FIRMA DEL ASEGURADO

NIT O C.C. No DE.

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verificadas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier medico, clínica y hospital para suministrar las informaciones necesarias con la enfermedad o accidente que trata esta reclamación

ACTA N°

FECHA: Bogotá, 05 de 09 de 2024

HORA: 14:00pm - 16:20pm

LUGAR: Clinica Juan N Corpas

TEMA: Activacion Poliza de Accidentes

ASISTENTES:
Profesional API Emilsen Clavijo Astroz Madre de familia Fanniely Rios Atencio, Niña Danna Valeska Gamez Rios.

ORDEN DEL DÍA:

Realizar Seguimiento de Activacion de Poliza de la niña Danna Valeska Gamez Rios NUIP 1028958041 acerca de la atencion Recibida en la Clinica Juan N. Corpas.

DESARROLLO:

Siendo las 13:43 pm se realiza Salida de la Unidad Operativa J. ICC piedra Verde la madre de la niña la Señora Fanniely Rios Atencio cc 1124049602 la niña Danna Valeska Gamez Rios NUIP 1028958041 y la Profesional API Emilsen Clavijo Astroz quienes se dirigen hacia la Clinica Juan N. Corpas donde prestarán atención a la niña Danna Valeska por accidente ocurrido y activación de Póliza.
Siendo las 14:00 pm se hace ingreso a la Clinica J.N Corpar y se hace entrega de los Documentos Solicitados a la Enfermera Jessica Castiblanco quien realiza llamada a la aseguradora para activar la poliza y brindar la información solicitada, allí fue atendida por Natalia Solano quien informó que ya se contaba con el proceso activo solicitando

el número de la poliza, este proceso lo realizo en compañía de la profesional API Emilsen Clavijo.
Siendo las 14:20 pm hacen llamado al Triage a la niña Danna Valeska quien ingresa con la madre de familia la Señora Fanniely Rios; seguido realizan llamado a la Profesional API Emilsen Clavijo para indagar sobre lo acaecido y se informa "la niña estaba ingresando al baño resbalo y se golpeo contra el sanitario en el entrecejo" preguntan si la niña perdió el conocimiento o tuvo otro sintoma a lo que se responde "No" "la niña siempre estuvo consciente, lloró en el momento pero al calmarla dejo de llorar y ha estado tranquila", ingresa el Médico quien observa a la niña y le comenta a la madre "Bueno mamá si usted quiere la remito a una Clinica que tenga Cirugia Plástica o le suturo a su hija cogiendo unos puntricos que eso no se demora nada y en 5 minutos se hace y listo se va para la casita" la madre le indica "Yo quiero que le cosan eso, y es que ella no llora esta en shock" a lo que el medico le dice "ella esta bien no llora porque no le esta doliendo yo le doy algo para el dolor" y da la orden para sutoración, la enfermera indica esperar en la Sala el llamado.
Siendo las 2:30 pm hacen llamado al consultorio a la niña Danna Valeska Gamez Rios quien ingresa con la madre de familia a quien se le indica debe solicitar todos los documentos y recomendaciones tambien se le indica que no se preocupe pues la polita cubria todos los procedimientos necesarios.
Siendo las 16:20 pm Sale la Señora Fanniely Rios con la niña Danna Valeska a quien le hacen sutoración en la herida causada, la madre hace entrega a la profesional de los documentos que expide el medico tratante Daniel Barrera Duque donde indica diagnostico S018 Herida de otras Partes de la cabeza, Dias de incapacidad cuatro (4) medicamentos Acetaminofen jarabe, Cefalexina y recomendaciones. Al salir la niña Danna Valeska, Fanniely Rios y Emilsen Clavijo se dirigen a la unidad operativa donde se realiza Firma de documentos y se le indica a la madre de familia que se hara llamadas constantes para que informe el estado de salud de la niña. la madre firma indicando que se encuentra de acuerdo con todo lo escrito por la Profesional y se retira con la niña de la unidad operativa.

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día ____ de _____de 202 .

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Fannicly Rios	MaMa	FannyRios	
Emilsen Clavijo A	Profesional API	JICC Piedra V	

Anexos: Certificado de Incapacidad, Formula Medica, recomendaciones

Elaboró: Emilsen Clavijo Profesional API

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-P98-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: J.I.C Piedra Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla.

NIVEL: PJ6 NUIP: 1028958041 NIÑA O NIÑO: Danna Valeska Gamez Rios

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Fanniely Rios Atencio

ACUDIENTE PRINCIPAL: Fanniely Rios Atencio PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Emilsen Clavijo

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
02/09 2024	7:40 am	Aula prejardin 6.	Seguimiento Novedad 27,29 Agosto 2024 El dia de hoy ingresa la niña Danna Valeska en compañia de la madre de familia Fanniely Rios Atencio cc 1124049602 a quien se le pregunta cómo sigue la niña del hematoma del ojo derecho a lo que responde, "Hola profe bien ya no se le nota es que ella es como ajerosa y por eso se le ve negrito pero yo le sigo aplicando la crema arnica" Se le indica que ya no se le ve nada pero se tendra en observación durante la jornada y se le informara en la tarde si presento alguna novedad; la madre hace lectura de la novedad e indica estar de acuerdo con el contenido la niña ingresa muy contenta caminando y en aparente estado de Salud adecuado. Hasta este punto esta el diligenciamiento de esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Fanniely Rios 1124049602 Fanniely Rios

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
02/09 2024	16:15 pm	Aula prejardin 6.	Cierre Novedad 27,29 Agosto 2024 Siendo las 16:15 pm la profesional Emilsen Clavijo hace entrega de la niña Danna Valeska a la madre de Familia Fanniely Rios Atencio cc 1124049602 indicando que la niña durante la jornada estuvo participativa en las propuestas recreativas, pedagogicas y consumio los alimentos en su totalidad de manera independiente y con apoyo de la profesional; se le indica que se hace Cierre de la Novedad abierta el dia 27/08/2024 por hematoma en la parte inferior del ojo derecho ya que no se le evidencia color, se le socializa la Novedad e indica que esta de acuerdo con el contenido, se entrega la niña con aparente estado de salud adecuado asi como caminando y consiente. la madre firma a conformidad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Fanniely Rios 1124049602 Fanniely Rios

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
05/09 2024	12:30 pm	Baño unidad operativa	El dia de hoy 5/09/2024 Siendo las 12:30pm ingresa la niña Danna Valeska al baño para realizar rutina de higiene y al momento de entrar se resvala y cae de frente contra el sanitario, la profesional Emilsen Clavijo se da cuenta de lo sucedido evidenciando una herida abierta en el entrecejo, de manera inmediata se informa a la Responsable del Servicio Monica Bonilla del accidente que sufre la niña en el baño ocasionandose una herida abierta ella indica que se debe llamar a la Familia. Siendo las 12:35 pm se hace llamada a la madre de Familia la Señora Fanniely Rios Atencio cc 1124049602 al número 3234635104 desde el número 3045981376 informando lo sucedido y solicitando que se presente de manera inmediata a la unidad operativa para realizar el proceso indicado de activación de la poliza, a lo cual indica que organizara a la hija mayor y asistira al jardin

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: no aplica

	PROCESO PRESTTACIÓN 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: J.I.C.C Piedra Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla.

NIVEL: PI6 NUIP: 1028956041 NIÑA O NIÑO: Danna Valeska Gamez Rios.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Fanniely Rios Alenco

ACUDIENTE PRINCIPAL: Fanniely Rios Alenco PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Emilsen Clavijo

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
05/09/2024	13:33 pm	Entrada principal unidad operativa	Seguimiento novedad 05/09/2024 Siendo las 13:33 pm llega la madre de familia la señora Fanniely Rios cc 1124049602 a quien se le indica que se realizara el desplazamiento hacia la Clinica Compas donde la niña Danna Valeska sera atendida teniendo en cuenta que se activo la poliza que cubre toda clase de accidentalidad dentro de la unidad operativa, la madre toma la niña la cual esta consciente, despierta y se sale de la unidad operativa a las 13:43 pm tomando un taxi el cual se desplaza sin ninguna complicación hacia la Clinica Juan N Compas, ingresando a la recepción a las 14:00 pm donde dieron inicio a la activación vía telefonica brindando el número de la poliza, siendo las 14:20 pm ingresa la madre de familia con la niña al triage donde es atendida por el enfermero encargado quien hace llamado a la Profesional.

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

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
no aplica	no aplica	no aplica	Emilsen Clavijo para indagar que fue lo que sucedio y si la niña tuvo algun sintomas a lo que se le responde que en ningún momento puede el concomiento ni tiene otro sintoma, al entrar el médico revisa la niña y le indica a la madre de familia que le brinda dos opciones una remitirla a un hospital que tengan Cirugra plastica ó que le sutura y en 5 minutos se va para la casa a lo cual la madre le indica que quiere que le cierren la herida, la profesional le indica que cualquier decisión que tome la poliza cubrira el Procedimiento, el médico le ordena soturación por lo que se hara en el consultorio en cuanto la llamen, lo cual fue de manera inmediata a las 14:30 pm ingresa al consultorio y sale a las 4:20 pm (16:20 pm) donde informa a la profesional que le dieron 4 dias de incapacidad y en 10 dias volver para retirar los puntos y evaluar, indica la madre que le aplicaron inyección a la niña de dicloferaco y le dieron orden de Acetaminofen se hace el ingreso de la clinica a las 16:25 pm. la madre lee la novedad e indica estar de acuerdo con el contenido se hara llamadas de Seguimiento.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	Fanniely Rios 1124049602 Fanniely Rios

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
06/09/2024	10:35 am	Casa	Seguimiento Novedad 5/09/2024 El dia de hoy la profesional Emilsen clavijo realiza llamada a través del número 3045581376 a la Señora Fanniely Rios cc 1124049602 al número 3234635104, para indagar el estado de salud frente al procedimiento realizado indica "Buenos dias miss, la niña bien gracias a Dios recuperandose" al preguntarle como durmió si sintio algún dolor o malestar responde "este anoche le sangró, le sangro bastante no se derrepente es que ella estaba brincando mucho y trate yo que se este tranquila Antes es como ella es una niña todavia, ella me dijo que le dolia le di el Acetaminofen despues de las horas como el medico dijo, ella se acostó temprano y buena la coloque a dormir de ladito y pues amaneció con eso seco no tiene mucha sangre pero si tiene una costra de sangre ahi y ahorita voy a empezar a limpiarsela y voy a aprovechar con ponerle una gorrita para cubrirle que no le de el sol para que no le quedará feo" la profesional le indica que siga las recomendaciones y cualquier novedad informara a la profesional y si es necesario dirigirse al médico, se le comenta que se toma la novedad con lo que informa y se socializa indica estar de acuerdo.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	no aplica

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo I2021015900 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: J. I. C. Piedra Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla

NIVEL: PJ6 NUIP: 1025952041 NIÑA O NIÑO: Danna Valeska Gomez Rios

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Fanniely Rios

ACUDIENTE PRINCIPAL: Fanniely Rios PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Emilsen Clavijo

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
9/09 2024	10:30 am	Casa	Seguimiento Novedad 5/09/2024 6/09/2024 El dia de hoy la profesional Emilsen Clavijo realiza llamada a través del número 3045981376 al número 3234635104 a la señora Fanniely Rios Atencio 1124049602 para indagar sobre el estado de salud de la niña al contestar indica "Buenos Dias Miss, pues hoy no lleve la niña por que la verdad anoche me dijo que le dolia, pero le di el Acetaminofen y ya, hoy le veo como rosillo por lo que me voy a ir a la EPS a ver si me la miran y me le dan los medicamentos y pues la verdad me da susto en el jardin como juegan, corren y de pronto se me lastima pues esto muy reciente" la profesional le indica que comprende la situación y le solicita que si lleva la niña al médico solicite soporte e informe a la profesional la cual seguira realizando llamado para que informe el estado de salud de la niña, se le indica que se hace la novedad con la información que brinda y se socializara cuando retorne al servicio.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	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
10-09 2024	13:46 pm	Casa	Seguimiento Novedad 5, 6, 9 Septiembre -2024 El dia de hoy la profesional Emilsen Clavijo realiza llamada a través del número 3045981376 a la señora Fanniely Rios cc 1124049602 al número de celular 3234635104 con el fin de que informe acerca del estado de salud de la niña Danna Valeska e indica "Buenos tardes Miss he estado pendiente de la niña por que le ha estado doliendo la cabeza y tiene muy rojo, ayer no salí a la EPS por que me sentí mal del estomago mañana si podria ir al colegio" Se le indica que si la nuisa presenta rojo y dolor como lo manifiesta es mejor acudir al médico para que la revise a lo cual indica que ya va en camino para ver que la revisen y le recomienden, se le pide que este informando que le dicen para así alimentar la novedad, se le indica que se hace la novedad con la información que brinda y se socializara cuando retorne al retomar al Servicio. Hasta este punto se hace el diligenciamiento de esta Novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	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
11/09 2024	13:21pm 13:23pm 13:24pm	Casa	Seguimiento Novedad 5, 6, 9, 10 Septiembre - 2024 El dia de hoy la profesional Emilsen Clavijo realiza llamadas desde el número 3045981376 a la Señora Fanniely Rios cc 1124049602 al número 3234635104 en el momento no contesta pero se llama vía whatsapp a lo cual tampoco responde la llamada por lo que se le envia mensaje "Buenos tardes mamá" esto a las 13:24 siendo las 14:12pm se vuelve a llamar y no contesta; a las 14:29pm la Señora Fanniely Rios envia mensaje vía whatsapp indicando "Buenos tardes fue a la EPS y me dijeron que ella tiene cita para mañana que esperara y que si tenia algun dolor de cabeza o otro malestar llevarla a emergencias al hospital, Feliz Tarde" Se hace la novedad con la información que brinda y se socializara cuando retorne al servicio. Hasta este punto se hace la redacción de la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	no aplica

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: J.I.C.C Pradera Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla.

NIVEL: PJ6 NUIP: 1028958011 NIÑA O NIÑO: Danna Valeska Gamez Rios

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Fanniely Rios

ACUDIENTE PRINCIPAL: Fanniely Rios PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Emilsen Clavijo

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
12/09/2024	14:10pm	Casa	Seguimiento Novedad 5,6,9,10,11 Septiembre 12024 El dia de hoy la profesional Emilsen Clavijo realizo llamada a traves del numero 3045981376 a la Señora Fanniely Rios CC 1124049602 al numero 3234635104 para indagar sobre el estado de Salud de la niña Danna valeska. al responder indico "Buenas tardes Miss la niña esta bien pero hoy tiene Cita voy a llevarla para que el pediatra me la mire y me diga a ver como la ve voy a pedirle todos los certificados de una vez, la estoy cuidando al 100% pero ya creo que ya mañana la llevo" Se le pide que informe lo que le dicga el medico y le comen-te que la niña sufrió un accidente el cual fue atendido de manera inme-diata, se le pide que al momento de salir informe a la profesional para alimentar la novedad, la cual se socializara cuando retorne al Ser-vicio. Hasta este punto se hace la redaccion de esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: no aplica

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
13/09/2024	7:00 am	Casa	Seguimiento Novedad 5,6,9,10,11,12 Septiembre 12024. Se anexa que el dia de hoy siendo las 4:41am se comunica la Señora Fanniely Rios CC 1124049602 a traves del número 3234635104 con la profe-sional Emilsen Clavijo al número 3045981376 a través de whatSapp indi-cando "Buenos dias" hoy no podre llevar a la niña porque se me presento un problema con mi hija mayor y estoy haciendo unas vueltas; por lo que se le indica que se hara la novedad con la informacion que brinda, pero se le pregunta como sigue la niña y refiere bien profe ya el domingo le quitan los puntos. yo le voy informando, se le indi-ca que el dia de hoy se hará novedad pero ya debe retornar al servicio el dia tenes 16/09/2024 y esto quedará en esta novedad la cual se socializara cuando retorne al Servicio. Hasta este punto esta el diligenciamiento de esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: no aplica

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
16/09/2024	13:20 pm	Casa	Seguimiento Novedad 5,6,9,10,11,12,13 Septiembre -2024 El dia de hoy la profesional Emilsen Clavijo realiza llamada a través del nú-mero 3045981376 a la Señora Fanniely Rios CC 1124049602 para indagar por el estado de Salud de la niña y comenta "Hola Miss pues lo que pasa es que yo me encuentro atendiendo una Situación familiar aquí en el hospital de Chapinero con mi otra hija lo que no me permite ir a la casa. la niña la tengo con mi tia que le pedí el favor de cuidar-me la niña y ella me dijo que le iba a mandar quitar los puntos para mañana llevarla Miss yo no puedo ir por el momento cualquier cosa me llama por whatSapp por que la señal es mala. Se le indica que se hará la novedad con la información que brinda y se socializara cuando retorne al Servicio. Hasta este punto se hace el diligenciamiento de esta novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: no aplica

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD Suba UNIDAD OPERATIVA: J.I.C.C Piedra Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla.

NIVEL: PJ6 NUIP: 1028956041 NIÑA O NIÑO: Danna Valeska Gamez Rios.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Fanniely Rios Atencio.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Fanniely Rios Atencio PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Emilsen Clavijo.

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	7:10 am	Aula prejardin 6	Seguimiento Novedad 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16 Septiembre - 2024 El dia de hoy ingresa la niña Danna valeska en compañia de la Señora Mayerling Perez PPT 5356355 a quien la Madre de Familia la Señora Fanniely Rios cc 1124049602 autorizó verbalmente para que la trajera y retirara del servicio en horas de salida, ya que ella se encuentra atendiendo algunas situaciones familiares que requieren de su presencia, al indagar cómo seguia la niña indica la Señora Mayerling "Bien profe ella ha estado conmigo y hasta que la mamá no solucione yo me hago cargo de la niña, se evidencia que la niña ya le quitaron los puntos, lo cual se ve una herida de Color rosado y en este momento con bloqueador, la niña entra en aparente estado de salud adecuado; se indica que se observara durante la jornada y cualquier sintomatologia sera informada de manera inmediata, hace lectura de la novedad e indica estar de acuerdo.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	xMayerling Perez PPT5356355

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
17/09 2024	16:20 pm	Aula prejardin 6	Seguimiento Novedad 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16/09-2024 Siendo las 16:20 pm se entrega la niña Danna Valeska a la Señora Mayerling Perez PPT 5356355 Acudiente Autorizada verbalmente por la madre de familia la Señora Fanniely Rios Atencio cc 1124049602 y se le indica que durante la jornada la niña participó de manera activa en todas las propuestas pedagogicas-recreativas asi como participó en los ensayos y momentos de alimentación, en ningún momento manifestó dolor ni malestar, se le socializa la novedad e indica estar de acuerdo con el contenido, la niña sale en aparente estado de Salud adecuado. Hasta este punto se hace la redacción de la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	xMayerling Perez PPT5356355

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
19/09 2024	7:50 am	Aula prejardin 6	Seguimiento Novedad 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17/09/2024 El dia de hoy ingresa la niña Danna Valeska en compañia de la Señora Mayerling Perez PPT 5356355 acudiente Autorizada verbalmente a quien se le pregunta si la niña ha presentado alguna Sintomatologia teniendo en cuenta el hemograma y activación de Poliza refiere "Bien ya esta eso mejorando ya como soy enfermera le miré y le curte esas puntas y fue rápido eso le curó ya, la mamá sigue en sus vueltas, más tarde viene porque como tiene que cambiarse y yo voy la reemplazo y como estoy pendiente de Danna" se le indica que se observará durante la jornada y se informara cualquier novedad o Sintomatologia en la tarde la niña ingresa en aparente estado de Salud adecuado. IA Se hora mayerling lee la novedad e indica estar de acuerdo con el contenido. Hasta este punto esta el diligenciamiento de esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	xMayerling Perez PPT5356355

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: J.CC Piedra Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla.

NIVEL: PJ6 NUIP: 1028958041 NIÑA O NIÑO: Danna Valeska Gamez Rios.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Fanniely Rios.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Fanniely Rios PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Emilsen Clavijo

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
19/09 2024.	16:20 pm	Aula prejardin 6	Seguimiento Novedad 5,6,9,10,11,12,13,16,17/09/2024 El dia de hoy se entrega la niña Danna Valeska a la Señora Mayerling Perez PPT 5356355 a quien se le informa que no ha manifestado malestar, ni ha tenido ninguna sintomatologia que altere la participación en las actividades diarias, de otro lado se informa que ha estado muy animada, consume los alimentos y realiza las rutinas diarias, se le pide que durante el Fin de Semana cuiden de la niña e informen de manera inmediata a la Profesional, la Señora Mayerling hace lectura de la novedad e indica estar de acuerdo con el contenido, se entrega la niña en adecuado estado de Salud, Hasta este punto esta el diligenciamiento de esta Novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Mayerling Perez PPT 5356355

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
23/09 2024	8:00 am	Aula prejardin 6	Seguimiento Novedad 5,6,9,10,11,12,13,16,17,19/09/2024. El dia de hoy ingresa la Niña Danna Valeska en compañia de la Señora Mayerling Perez PPT 5356355 Acudiente autorizada a quien se le pregunta el estado de Salud de la niña y refiere "Bien profe a ver si ya la mamá empieza a traerla porque yo tengo que ponerme a trabajar soy enfermera y me llaman y no puedo por estar cuidando y trayendo los niños pero ya creo que ya le toca a la Mamá aunque con ese problema" la profesional le indica que estará observando la niña durante la jornada y si presenta cualquier inquietud se le informara durante la hora de Salida. Hace lectura de la novedad e indica estar de acuerdo con el contenido. la niña ingresa tranquila caminando, Hasta este punto esta el diligenciamiento de esta novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Mayerling Perez PPT 5356355

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
23/09 2024	16:10 pm	Aula prejardin 6	Seguimiento Novedad 5,6,9,10,11,12,13,16,17,19/09/2023 El dia de hoy se entrega la niña Danna Valeska a la Señora Mayerling Perez ppt: 5356355 a quien se le informa que durante la jornada la niña no presento ninguna sintomatologia que alterara la participación en las actividades, juegos y momentos de Alimentación, se le entrega la niña en adecuadas condiciones de Salud caminando y consiente la Señora Mayerling hace lectura de la Novedad e indica estar de acuerdo con el contenido Firma a Conformidad. Hasta este punto se hace la redacción de esta Novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional API Emilsen Clavijo

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Mayerling Perez PPT 5356355

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo 20210153900 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JICC Piedra verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla
NIVEL: PJ6 NUIP: 1028958041 NIÑA O NIÑO: Danna valeska Gamez Rios.
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Fanniely Rios Atencio
ACUDIENTE PRINCIPAL: Fanniely Rios Atencio PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Emilsen Clavijo.

TIPO DE NOVEDAD												Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X
			1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD										
25/09 2024	8:00 am	Aula prejardin 6	Seguimiento Novedad 5,6,9,10,11,12,13,16,17,19,23 /09/2024 El dia de hoy ingresa la niña Danna Valeska en compañia de la Señora Mayerling Perez PPT5356355 Acudiente Autorizada a quien Se le pregunta acerca del estado de Salud de la niña en la Frente y refiere bien profe eso ya esta seco no ha presentado Molestia y un secando de a pocos eso ya ni le duele pues es una cico triz, se le indica que se hara observacion durante la Jornada y cualquier sintomatologia sera informada, la niña ingresa en adecuado estado de Salud aparentemente. la Señora Mayerling Perez hace lectura de la novedad y refiere estar de acuerdo con el contenido										

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	Mayerling Perez PPT5356355

TIPO DE NOVEDAD												Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X
			1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD										
25/09 2024	16:15	Aula prejardin 6	Seguimiento Novedad 5,6,9,10,11,12,13,16,17,19,23 /09-2024 Siendo las 16:15 pm se hace entrega de la niña Danna Valeska a la Señora Mayerling Perez PPT5356355 a quien se le informa que la niña durante la jornada no manifestó ningún malestar en la herida entrecejo, se le indica que al momento la niña consume los alimentos normalmente así como logra participar en las propuestas pedagogicas, recreativas y otras rutinas que se desarrollan durante la Jornada, se entrega la niña en adecuado estado de Salud aparentemente y la Señora Mayerling hace lectura de la Novedad indicando que se encuentra de acuerdo con el contenido. Hasta este punto esta la redaccion de esta Novedad.										

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional API Emilsen Clavijo	Mayerling Perez PPT5356355

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

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