	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-P00-300 Versión: 0 Fecha: Marzo 19/2019 - 30/09/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA: JT. SANTANDER RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: YENI MORALES

NIVEL: PARVULOS 2 NUIP: 1243760169 NIÑA O NIÑO: DANIEL ELIAS TAPIERO ORTIZ

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA Ó EL NIÑO: YINA PAOLA ORTIZ MALAGON

ACUDIENTE PRINCIPAL: YINA ORTIZ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: LUZ KIMELY MATTA LOZANO

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
02-12-2024	8:00 AM	JARDIN INFANTIL SANTANDER	SIENDO LAS 8:00 AM INGRESA EL NIÑO DANIEL TAPIERO A LA RUTA, CUANDO INGRESA AL JARDIN LA MAESTRA OBSERVA QUE EL NIÑO TIENE UN BROTE EN EL MENTÓN QUE LE SUPUSO MATERIA, POR LO TANTO SE LLAMA A LA SEÑORA YINA ORTIZ MADRE DEL NIÑO AL NUMERO 3128334846 QUIEN INFORMA QUE EL NIÑO AL PARECER TIENE UNA DERMATITIS LE HAN ESTADO APLICANDO CREMA, LA MAESTRA LE RECOMIENDA ACERCARSE AL JARDIN LLEVAR AL NIÑO AL MEDICO Y TRAER SOPORTE MEDICO DONDE MENCIONE QUE EL NIÑO PUEDE ESTAR EN COMUNIDAD.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
LUZ KIMELY MATTA DOCENTE	1006092996

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
03-12-2024	9:00 AM	JARDIN INFANTIL SANTANDER	SIENDO LAS 9:00 AM SE COMUNICA LA SEÑORA YINA PAOLA ORTIZ MADRE DEL NIÑO POR MEDIO DE MENSAJE DE WHASAP. DESDE EL NUMERO 3128334846 QUIEN INFORMA QUE LLEVO AL NIÑO AL MEDICO E INFORMA QUE LE DIERON INCAPACIDAD POR 5 DIAS CON EL SIGUIENTE DIAGNOSTICO" PACIENTE CURSANDO CON IMPETIGO SE INDICA MANEJO DE ANTIBIOTICO, PATOLOGIA QUE ES ALTAMENTE CONTAGIOSO, SE INDICA REPOSO EN CASA DURANTE 5 DIAS APARTIR DE LA FECHA, SE SOLICITA ENVIAR LA INCAPACIDAD AL JARDIN, YA QUE LA ENVIO EN FOTO, EN ESTE PUNTO CULMINA 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
LUZ KIMELY MATTA DOCENTE	NO APLICA

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
04-12-2024	8:00 AM	CASA DE FAMILIA	SIENDO LAS 8:00 AM LA MAESTRA SE COMUNICA CON LA SEÑORA YINA PAOLA ORTIZ MADRE DE LA NIÑA POR MEDIO DE MENSAJES DE WHASAP Y LE PREGUNTA COMO SIGUE, COMO LO OBSERVA EN SU ESTADO DE SALUD, LA MADRE INFORMA QUE ESTA MEJORANDO CON EL ANTIBIOTICO QUE LE ESTA SUMINISTRANDO, ESTA BAJO SU CUIDADO Y PROTECCIÓN E INFORMARA A LA MAESTRA SI SUCEDE ALGO EXTRA ORDINARIO CON EL NIÑO, DE LO CONTRARIO NO SE ESTABLECERA MÁS COMUNICACIÓN CON LA MADRE, YA QUE ELLA LO ESTA CUIDANDO BIEN DANDO TODOS LOS MEDICAMENTOS Y CUIDADOS PERTINENTES.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
LUZ KIMELY MATTA DOCENTE	NO APLICA

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