	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: Engativo UNIDAD OPERATIVA: JIC Antonio Nariño RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Zaida Cueivo

NIVEL: Caminadores NUIP: 1014318094 NIÑA O NIÑO: Emanuel Arteaga Arias

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Stephanie Arias

ACUDIENTE PRINCIPAL: Stephanie Arias PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yenny Paola Cely - Angie Mendoza

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 Y

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
02-12-2021	08:00	Casa	Siendo las 8:00 se realiza llamada a la señora Stephanie para verificar el motivo de inasistencia del niño, la mamá informa que en el día de hoy se vino de viaje por lo que Emanuel no asistirá más el jueves hasta el próximo año. Se solicita a la señora Stephanie la carta explicativa del motivo de inasistencia enviándola de manera inmediata, virtual explicando el motivo, garantizar el cuidado integral del niño y su bienestar, y se le recuerda estar al tanto de fechas de inicio en la vigencia del año 2022, con la dificultad de la comunicación en ambas partes y la cobertura vuelve a caer a la noche.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yenny Paola Cely Cortes Profesional en atención a la Primera Infancia Profesional de Atención a la Primera Infancia	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 Profesional de Atención a la Primera Infancia	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 Profesional de Atención a la Primera Infancia	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 Profesional de Atención a la Primera Infancia	NO APLICA

Escaneado con CamScanner