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

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JARDÍN INFANTIL TUNA ALTA OTERO RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: OLGA LUCÍA QUINTERO

NIVEL: SaucesD NUIP: 1031860780 NIÑA O NIÑO: Emmanuel Bernardo Angilo Benavidez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Argelia Benavidez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Argelia Benavidez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Patricia Murcia

| 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 |
|---|---|---|---|
| 24/01/2025 | 7:06 am | Casa | Siendo las 7:06am la señora Argelia mamá del niño Emmanuel envía mensaje desde el numero de whatsp 3185287724 y refiere: Profe es que Emmanuel amaneció sin voz y estaba ayer en la tarde ronquito por llorar tanto, entonces yo prefiero dejarlo en casa para cuidado por lo de la voz y a lo llevamos el día lunes y le llevo la excusa. 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 |
|---|---|
| Patricia Murcia Profesional AP:I | 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JARDÍN INFANTIL TUNA ALTA OTERO RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: OLGA LUCÍA QUINTERO

NIVEL: SaucesD NUIP: 1031860662 NIÑA O NIÑO: Emiliano Morales Moreno

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Luz Mariana Moreno

ACUDIENTE PRINCIPAL: Luz Moreno PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Patricia Murcia

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 22/01 2025 | 9:50 am | Casa | Siendo las 9:50am la Señora Mariana envia mensaje desde el número de whatsapp 3158775597 y refiere: el niño hoy tiene cita de odontología a las 9:00am y a las 10:00am de pediatría yo mariana le llevare los soportes de la cita" 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 |
|---|---|
| Patricia Murcia Profesional A.P.I | No Aplica |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 23/01 2025 | 7:15 am | Jardin | Siendo las 7:15am la Señora Diana tia del niño Emiliano se acerca al jardin a traer el niño y hace entrega de los certificados de ortodoncia y certificado medico el niño ingresa en adecuadas condiciones de salud evidenciado por la maestra, se le da a conocer la |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Patricia Murcia Profesional A.P.I | Diana Moreno 53068983 |

| 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 | | | | X | | SI ____ NO X | ____ NO X |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 23/01 2025 | 5:50 Pm | Jardin | Siendo las 15:50pm la se le informa a la señora Diana tia del niño que el niño durante la jornada en el jardin estuvo bien y no presento ninguna novedad de salud, consumiendo adecuadamente los alimentos y participando de la experiencia por lo que se hace entrega la novedad del dia 23- 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 |
|---|---|
| Patricia Murcia Profesional A.P.I | Diana Moreno 53068983 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 24/01 2025 | 9:22 am | Casa | Siendo las 9:22am la Señora Luz Mariana mamá del niño Emiliano envia mensaje desde el número de whatsapp 3158775597 y refiere: "profe Emi no fue hoy porque anoche tuvo vomito y está con diarrea lo cuidaremos en casa y retomara el dia lunes yo le llevo la excusa" 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 |
|---|---|
| Patricia Murcia Profesional A.P.I | No Aplica |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JARDÍN INFANTIL TUNA ALTA OTERO RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: OLGA LUCÍA QUINTERO

NIVEL: SaucesD NUIP: 1028959969 NIÑA O NIÑO: Enyerlis Sofia Rios Vitola

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Miguely Lucia Vitola

ACUDIENTE PRINCIPAL: Miguely Vitola PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Patricia Murcia

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 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 |
|---|---|---|---|
| 23/01 2025 | 12:30 am | Jardin | Siendo las 12:30 del medio dia la Señora Miguely mama delaniña Sofia Rios Pasa a recoger a la niña ya que tiene Cita de medicina General en Centro Suba a la 1:00 pm, Se le hace entrega de pnes, que fue granadilla y toda la niña Salio en adecuadas condiciones de salud Visible por la mamá. Se le recomienda traer el dia de manana el Soporte de la cita medica. 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 |
|---|---|
| Patricia Murcia Profesional A.P.I | Miguely Vitola Rojas 30619059 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 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 LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 24/01 2025 | 10:38 am | Jardin | Siendo las 10:38 am la niña Sofia ingresa en compañia de su mamá la Señora Miguely donde, hace entrega de los certificados que tenia pendientes medicos estos Son: Certificado médico, certificado de crecimiento y desarrollo, fotocopia de cédula del autorizado para recoger a la niña, se evidencia que la niña ingresa en adecuadas condiciones de salud. 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 |
|---|---|
| Patricia Murcia Profesional A.P.I | Miguely Vitola 30619059 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 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 |
|---|---|---|---|
| 24/01 2025 | 15:54 Pm | Jardin | Siendo las 15:54pm Se le informa a la Señora Miguely mama de la niña Sofia que durante la jornada la niña estuvo bien y no presento novedad alguna de salud consumiendo sus alimentos y participando de la experiencia por lo que se hace cierre a la novedad del dia de hoy. 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 |
|---|---|
| Patricia Murcia Profesional A.P.I | Miguely Vitola 30619059 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

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