

|                                                                                       |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|
| <br>MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA<br>SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL      | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL                                   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  | Código FOR PSS-309 |                                                      |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
|                                                                                       | FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES                                                                       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      | Versión 0                            |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
|                                                                                       |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      | Fecha: Mayo 202101010101 - 2005/2021 |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
|                                                                                       |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      | Página 1 de 2                        |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
|                                                                                       | LOCALIDAD: Suba      UNIDAD OPERATIVA: Jicc Rincón      RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Mariela Rojas |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
|                                                                                       | NIVEL: Prejardin      NUIP: 141915518      NIÑO O NIÑA: Juan David Romero Durán                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Erlinda Romero                             |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
| AGENTE PRINCIPAL: Orlando Romero      PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Adriana Camelo |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                       |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    | 1                                                    | 2                                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO <u>V</u> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO <u>X</u> |  |
| FECHA                                                                                 | HORA                                                                                                | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
| 20-01-2025                                                                            | 7:20                                                                                                | JICC Rincón | La señora Erlinda Romero c.c. 1102847145 madre del niño firmo compromiso por el certificado de crecimiento y desarrollo que esta pendiente en la historia social del niño. Se le informa que tiene un mes de vigencia se socializo la novedad con la mamá quien está de acuerdo. Fin 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 |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
| Adriana Camelo Profesional API                                                        |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    | Erlinda Durán. 1102847145.                           |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                       |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    | 1                                                    | 2                                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO ____     |  | Se realizó activación de ruta:<br>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:<br>SI ____ NO ____     |  | Se realizó activación de ruta:<br>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:<br>SI ____ NO ____     |  | Se realizó activación de ruta:<br>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:<br>SI ____ NO ____     |  | Se realizó activación de ruta:<br>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 |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |
|                                                                                       |                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                      |                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                         |  |                                                       |  |

LOCALIDAD: Sube UNIDAD OPERATIVA: JICA Rincon RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Marilela Rojas  
NIVEL: Prejardin NIPI: 1066359133 NIÑO/ÑA: Alisson Alejandro Mendoza Bahuquez  
MADRE/PADRECUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Libia Campo Ariza  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Libia Campo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Adriana Comelo

| TIPO DE NOVEDAD |      |               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <u>X</u> NO _____ |
|-----------------|------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR         | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                          |                                                        |
| 20-01-2025      | 7:05 | Paradero Ruta | La señora Lilia Campo C.C. 49694520 acudiente del niño firma el primer compromiso por el certificado de crecimiento y desarrollo que aún está pendiente en la historia social del niño. Se le informa que el plazo es de un mes. Se socializa la novedad con la acudiente quien está de acuerdo. Fin 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 |
| Adriana Camelo Profesora API                                        | J. Jambor - 49694520                                 |

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

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

| <span style="margin-left: 10px;"> <b>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</b><br/> <b>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</b> </span> |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |                                                       |   |   |   | Código: FOR-PSIS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Mayo 2021<br>Página: 1 de 2 |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------------------------------------------------------|---|---|---|--------------------------------------------------------------------------|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| LOCALIDAD: <u>Saba</u>                                                                                                                                       |      |             | UNIDAD OPERATIVA: <u>JICA Rincon</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Mariela Rojas</u>    |   |   |   |                                                                          |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| NIVEL: <u>Preadolescente</u>                                                                                                                                 |      |             | NÚMERO: <u>102364747</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   | NOMBRE DEL NIÑO: <u>Ocyker Jireck Figueroa Zorano</u> |   |   |   |                                                                          |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Gorgelis del Valle Figueo</u>                                                                                  |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |                                                       |   |   |   |                                                                          |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Gorgelis Figueo</u>                                                                                                                  |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |                                                       |   |   |   | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Adriana Amelo</u>                    |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                              |      |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4                                                     | 5 | 6 | 7 | 8                                                                        | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  | Se realizó activación de ruta:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  |
| FECHA                                                                                                                                                        | HORA | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |                                                       |   |   |   |                                                                          |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| 20-01-2023                                                                                                                                                   | 7:30 | JICA Rincon | El día de hoy la señora Gorgelis Figueroa c.c. 27.032.579, madre del niño firmó el primer compromiso por el certificado de crecimiento y desarrollo que está pendiente en la historia social del niño. La mamá informa que "aun no tiene EPS, está haciendo las diligencias pero no lo ha logrado". Se socializó la novedad con la mamá quien está de acuerdo. Fin 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  |   |   |   |                                                                          |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| Adriana Amelo Profesional API                                                                                                                                |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   | Gorgelis F. 27032579                                  |   |   |   |                                                                          |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                              |      |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 | 3 | 4                                                     | 5 | 6 | 7 | 8                                                                        | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |  | Se realizó activación de ruta:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |  | Se realizó activación de ruta:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |  | Se realizó activación de ruta:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 Mayo 2021-05-20<br>Página 1 de 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| LOCALIDAD: Subo UNIDAD OPERATIVA: JICC Rincon RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maira Rojas                                                                                              |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| NIVEL: Prejardin NUM: 122198819 NIÑO/NIÑA: Leidy Johana Tatur Saleno                                                                                                                 |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Dalila Tatur Saleno                                                                                                                       |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| ACUÑENTE PRINCIPAL: Mileidis Tatur PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Adriana Camelo                                                                                                   |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                      |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Se realizó activación de póliza:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  | Se realizó activación de ruta:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  |  |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                | HORA  | LUGAR       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| 23-01<br>2025                                                                                                                                                                        | 12:40 | Casa        | La Profesional se comunica del número 3114051857 al 3128557469 de Dalila Tatur C.C. 1193520928 madre de la niña para conocer el motivo de la no asistencia, la mamá refiere: "Hay feria cita de odontología en la PPS a las 9:00, se me dificultaba llevarla al Jardín después, decidí tenerlo aquí en casa". Se socializó la novedad con la mamá quien está de acuerdo. Fin de la novedad.                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRALA NOVEDAD                                                                                                                   |       |             | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;">Adriana Camelo Profesional API</div>                                                                                       |       |             | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;">No aplica</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                      |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Se realizó activación de póliza:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  | Se realizó activación de ruta:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  |  |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                | HORA  | LUGAR       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| 24-01<br>2025                                                                                                                                                                        | 7:20  | JICC Rincon | Leidy ingresa al Jardín a las 7:20, llega al servicio de ruta escolar, la Auxiliar acompañante Galdine Galdeón refiere que la mamá no envió ni certificado de la ruta ya que informó que: "se le olvido", la Profesional logra observar a la niña incorporarse a la actividad con sus pares. Se realiza llamado telefónico a la mamá a quien se le socializo la novedad y esta de acuerdo. Fin de la novedad. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRALA NOVEDAD                                                                                                                   |       |             | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;">Adriana Camelo Profesional API</div>                                                                                       |       |             | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;">No aplica</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                      |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Se realizó activación de póliza:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |  | Se realizó activación de ruta:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |  |  |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                | HORA  | LUGAR       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                      |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRALA NOVEDAD                                                                                                                   |       |             | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>                                                                                                                     |       |             | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                                                                                      |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Se realizó activación de póliza:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |  | Se realizó activación de ruta:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |  |  |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                | HORA  | LUGAR       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                      |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRALA NOVEDAD                                                                                                                   |       |             | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>                                                                                                                     |       |             | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |  |  |

|                                                                                                                                                |                                                                                                           |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>MINISTERIO DE EDUCACIÓN<br>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN BÁSICA | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><b>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</b> | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Mayo 2021015300 - 2025/2021<br>Página 1 de 2 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

  

|                                                                                              |                                      |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| LOCALIDAD: <u>Saba</u>                                                                       | UNIDAD OPERATIVA: <u>Jicc Rincón</u> | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Maricela Rojas</u> |
| NIVEL: <u>Primaria</u> NUIP: <u>1007097244</u> NIÑO O NIÑA: <u>Abdiel Jose Martinez Polo</u> |                                      |                                                     |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Lenis Polo</u>                                 |                                      |                                                     |
| ACUENTE PRINCIPAL: <u>Lenis Polo</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Adriana Comelo</u>  |                                      |                                                     |

  

| TIPO DE NOVEDAD |      |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 20-01-2025      | 7:50 | JICC Rincón | El día de hoy la señora Lenis Polo c.c. 1007097244 madre del niño firma compromiso por el certificado odontológico que aún está pendiente en la historia social del niño, se le informa que el plazo es de un mes, se socializa la novedad con la mamá quien está de acuerdo y firma. Fin 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 |
| Adriana Comelo Profesora AA                                         | lenis polo olwa. 1007097244                          |

  

| TIPO DE NOVEDAD |      |       | 1                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |
|                                                                     |                                                      |

| <br><b>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</b><br><b>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</b> |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |                                        |   |   | Código: FOR-PCS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Mayo 2021<br>Página: 1 de 2 |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|----------------------------------------|---|---|-------------------------------------------------------------------------|---|----|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|--|
| LOCALIDAD: <u>Saba</u>                                                                                               |       |             | UNIDAD OPERATIVA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____    |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| NIVEL: _____                                                                                                         |       |             | NUIP: <u>1233922786</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   | NIAO/NIA: <u>Alon Maximiliano Mora</u> |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Gineith Garcia Uribe</u>                                               |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Enrique Mora</u>                                                                             |       |             | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Adriana Camelo Castro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                      |       |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6 | 7 | 8                                                                       | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO <u>X</u> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO <u>X</u> |  |  |
| FECHA                                                                                                                | HORA  | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| 21-01-2025                                                                                                           | 12:50 | Bosa        | La Profesional se comunica del número 3114051857 al 3213984165 del señor Enrique Mora c.c. 1071548777 padre del niño para preguntarle el motivo de la no asistencia, el señor informa: "Esta mañana el niño se fue con la mamá para donde un familiar en Bosa, no se si regresen hoy o mañana", se socializa la novedad con el papá quien está de acuerdo. Fin 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| Adriana Camelo Castro                                                                                                |       |             | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                      |       |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6 | 7 | 8                                                                       | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO <u>X</u> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO <u>X</u> |  |  |
| FECHA                                                                                                                | HORA  | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| 22-01-2025                                                                                                           | 13:10 | JICA Rincón | La Profesional se comunica en repetidas ocasiones al número de celular 3213984165 del Enrique Mora papá del niño para preguntar el motivo de la no asistencia, el señor no respondió las llamadas. Fin 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| Adriana Camelo Castro                                                                                                |       |             | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                      |       |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6 | 7 | 8                                                                       | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____    |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO _____    |  |  |
| FECHA                                                                                                                | HORA  | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| 23-01-2025                                                                                                           | 7:50  | JICA Rincón | Siendo las 7:50 llega al Jardín el niño Alon Maximiliano en compañía de su papá el señor Enrique Mora c.c. 1071548777 quien informa a la Profesional: "Disculpe que ayer no le devolvimos la llamada, el niño llega en la tarde, está bien, no presenta novedad de salud", la Profesional socializa la novedad con el papá quien está de acuerdo y firma. Fin 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| Adriana Camelo Profesional                                                                                           |       |             | ENRIQUE MORA 1071548777                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                                                                      |       |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6 | 7 | 8                                                                       | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO _____    |  | Se realizó activación de ruta:<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |
|                                                                                                                      |       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |                                        |   |   |                                                                         |   |    |                                                          |  |                                                        |  |  |

| ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE POLÍTICA SOCIAL      |       |                               | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES                                                                                                                                                                                                                          |   |                                                      |   |   |   |   |   |   |    | Código: FOM PES 300<br>Versión: 0<br>Fecha: Mayo 2021<br>Página: 1 de 2            |  |                                                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|----|------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| LOCALIDAD: Suba                                                     |       | UNIDAD OPERATIVA: Jicc Rincon |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Marcela Rojas          |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| NIVEL: Prejardin                                                    |       | NIPO: 1019160477              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   | NOMBRE NIÑO: Jose Alejandro Sarmiento Ochoa          |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yelis Ochoa              |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |                                                      |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: Yelis Ochoa                                    |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Adriana Camelo      |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                     |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3                                                    | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                               | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                                                      |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| 21-01-2025                                                          | 13:20 | JICC Rincon                   | La Profesora se comunica al número 3114051859 el 314 3331917 de Yelis Ochoa c.c. 1052 083913 madre del niño Pda conoce el motivo de la inasistencia, las llamadas no fueron efectivos ya que la mamá no contesta. Fin 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 |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| Adriana Camelo Profesional API                                      |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   | No aplica                                            |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                     |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3                                                    | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI ____ NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| FECHA                                                               | HORA  | LUGAR                         | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                                                      |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| 22-01-2025                                                          | 7:50  | JICC Rincon                   | Cierra novedad 21-01-2025. Siendo las 7:50 ingresa Jose Alejandro al Jardin en compañía de su mamá Yelis Ochoa c.c. 1052083913 quien informa a la Profesora: "Ayer estuvimos en casa de la abuela en otra localidad, llegamos anoche" se socializó la novedad con la mamá quien está de acuerdo y firma. Fin 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 |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| Adriana Camelo Profesional API                                      |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   | Yelis Ochoa 1052083913.                              |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| TIPO DE NOVEDAD                                                     |       |                               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3                                                    | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI ____ NO ____                                |  | Se realizó activación de ruta:<br>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:<br>SI ____ NO ____                                |  | Se realizó activación de ruta:<br>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 |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |
|                                                                     |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |                                                      |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                    |  |                                                                                  |  |

| <br>GOBIERNO DE BOYACÁ<br>SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL |  |  | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><b>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</b> |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  | Código: FOR PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Mayo 2021 015300 - 2021/02/01<br>Página: 1 de 2 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| LOCALIDAD: <u>Suba</u>                                                                                                                     |  |  | UNIDAD OPERATIVA: <u>JICA Rincon</u>                                                                      |  |  |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Maricela Rojas</u> |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |
| NIVEL: <u>Piñedra</u>                                                                                                                      |  |  | NUIP: <u>1075546693</u>                                                                                   |  |  |  | NOMBRE NIÑO: <u>Andrés Rubiano Silva</u>            |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Kelly Silva</u>                                                                              |  |  |                                                                                                           |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Fredy Rubiano</u>                                                                                                  |  |  | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Adriana Cornelo</u>                                                   |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |

  

| TIPO DE NOVEDAD |       |             | 1                                                                                                                                                                                                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24-01-2025      | 13:30 | JICA Rincon | La Profesional se comunica al número 3114051851 al 3135775303 de Kelly Silva c.c. 1075543382 madre del niño para conocer el motivo de la inasistencia, la mamá no responde los llamados. Fin 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 |  |  |  |  |  |
| Adriana Cornelo Profesional API                                     |  |  |  |  |  | No aplica                                            |  |  |  |  |  |

  

| TIPO DE NOVEDAD |      |       | 1                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |  |  |  |  |  |
|                                                                     |  |  |  |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                  |  |                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <br><b>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN</small> |  | <b>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</b><br><b>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</b> |  | Código FOR PSS-309<br>Versión 0<br>Fecha: Memo 12021015JOU - 2005/2021<br>Página 1 de 2 |  |
| LOCALIDAD: <u>Suba</u>                                                                                                                                              |  | UNIDAD OPERATIVA: <u>Jicc Rincón</u>                                                                             |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Mariela Rojas</u>                                      |  |
| NIVEL: <u>Prejardin</u>                                                                                                                                             |  | NIUP: <u>1028959385</u>                                                                                          |  | NIÑO NIÑA: <u>Aronza de Jesus Leon Sanchez</u>                                          |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Evelyn Sanchez</u>                                                                                                    |  |                                                                                                                  |  |                                                                                         |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Evelyn Sanchez</u>                                                                                                                          |  | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Adriana Comelo</u>                                                           |  |                                                                                         |  |

  

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |       |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|-------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                               | HORA  | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| 24-01-2025                                                          | 16:00 | Jicc Rincón | Durante la primera semana de arugida en el Jardín infantil la Profesional logro observar que Aronza juega, comparte y dialoga con sus compañeros, realiza las rutinas de higiene de forma autónoma, durante los momentos de alimentación se hace el acompañamiento ya que no logra consumir los alimentos por si sola. Se socializa la novedad con la mamá Evelyn Sanchez C.C.6590391 quien está de acuerdo en 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |
| Adriana Comelo Profesional API.                                     |       |             | Evelyn Sanchez Ppt 6590391                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |                                                                                                      |

  

| TIPO DE NOVEDAD                                                     |      |       | 1                                                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------|-------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------|-------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------|-------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |
|                                                                     |      |       |                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                             |                                                                                           |

LOCALIDAD Suba UNIDAD OPERATIVA JCE Pinar RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Mariela Rojas  
NIVEL prejardin NUIP 1072027037 NIÑO/A Anita SACY Gonzalez Anita  
MADRE/PADE RECIUDADOR DE LA NIÑA O DEL NIÑO Maria Anita  
ACUDIENTE PRINCIPAL Maria Gonzalez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Alicia Camelo

| TIPO DE NOVEDAD |      |                | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR          | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                     |                                                                                   |
| 24-01<br>2025   |      | Jicc<br>Rincón | <p>                     Durante la semana de Agradida en el Jardín infantil la Profesional logró observar que la niña comparte juegos y actividades con sus pares, consume los alimentos de manera autónoma, dialoga sobre temas de su interés. Se socializa la novedad con María González C.C.1072026273 madre de la niña quien refiere estar de acuerdo. Fin de la novedad.                 </p> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                     |                                                                                   |

|                                                                     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
| Adriana Camelo Profesora API                                        | Maria Anika Nassa 107207673                          |

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

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

| <br><b>ALTA MANTENIMIENTO DE REGISTRO</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES</small> |  |  | <b>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</b><br><b>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</b> |  |  |                                           |  |                                                    |  |  |  |  | Código FOR-PSS-309<br>Versión 0<br>Fecha: 14/06/2021<br>Página 1 de 2 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| LOCALIDAD: <u>Saba</u>                                                                                                                                                                |  |  | UNIDAD OPERATIVA: <u>JICA Rincón</u>                                                                             |  |  |                                           |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Mariela Rojas</u> |  |  |  |  |                                                                       |  |
| NIVEL: <u>Prejardín</u>                                                                                                                                                               |  |  | NUIP: <u>1031858544</u>                                                                                          |  |  | NIÑA O NIÑO: <u>Emma Guzman Fernandez</u> |  |                                                    |  |  |  |  |                                                                       |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Gegonia Fernandez</u>                                                                                                                   |  |  |                                                                                                                  |  |  |                                           |  |                                                    |  |  |  |  |                                                                       |  |
| ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Gegonia Fernandez</u>                                                                                                                                         |  |  | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Adriana Camelo</u>                                                           |  |  |                                           |  |                                                    |  |  |  |  |                                                                       |  |

  

| TIPO DE NOVEDAD |       |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|-----------------|-------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA           | HORA  | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
| 24-01-2025      | 16:00 | JICA Rincón | Se le informa a la señora Gegonia Fernandez Nolasco c.c. 1081920211 madre de la niña que hoy durante el almuerzo manifestó no querer consumir la verdura (zanahoria, habichuela y ajeña) se le solicita reforzar este proceso en caso se socializa la novedad en la mamá quien está de acuerdo. Fin 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adriana Camelo Profesional PI                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Gegonia Fernandez. 1081920211                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  

| TIPO DE NOVEDAD |      |       | 1                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Powered by  CamScanner



## Código: FOR-PSS-309

Version: 0

Fecha Memo (2021015300 - 2005/2021)

Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JICA Encen RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: \_\_\_\_\_  
NIVEL: prejardin NIPI: 1243760228 NIÑO/A NIÑO: Thanny Victoria Holsa Pacheco  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA/DEL NIÑO: Lina Maria Pacheco  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Lina Pacheco PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Adriana Conelo

| TIPO DE NOVEDAD |       |              | 1                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza.<br>SI _____ NO <u>X</u> |  | Se realizó activación de ruta.<br>SI _____ NO <u>X</u> |  |
|-----------------|-------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| FECHA           | HORA  | LUGAR        | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                          |  |                                                        |  |
| 20-01<br>2025   | 16:00 | Bioder Ruta. | El día de hoy la señora Lina María Pichero c.c. 1007306760 madre de la niña firma el primer compromiso por el certificado odontológico, se le informa que se vence en 1 mes. Se socializa la novedad en la mamá quien está de acuerdo fin 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

Admora Comeb Profesional API.

Cino Parhco. 1007306760

[illegible]

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

[illegible]

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

[illegible]

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD Suba UNIDAD OPERATIVA Jicc Rincón RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Maricela Rojas  
NIVEL Pirajadin NUIP 1015463739 NIÑO/A NIÑO Zoe Guntero Tamayo  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Yuly Donnessa Tamayo  
ACUDIENTE PRINCIPAL Consuelo Gomez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Adriana Comelo

| TIPO DE NOVEDAD |       |                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza<br>SI _____ NO <u>X</u> | Se realizó activación de ruta<br>SI _____ NO <u>X</u> |
|-----------------|-------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA  | LUGAR            | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                         |                                                       |
| 24-01<br>2025.  | 16:00 | Paradero<br>Ruta | <p>           Durante la primera semana de arriada en el<br/>           jardín infantil se logra observar que los llega muy<br/>           feliz al salón en donde juega, rie, dialoga con<br/>           sus compañeros, realiza los rutinos de automa-<br/>           da de forma independiente, consume muy bien<br/>           los alimentos que se le ofrecen durante la<br/>           jornada. Se socializa la novedad con la<br/>           mamá quien está de arriada. Fin de la<br/>           novedad.         </p> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                         |                                                       |

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: \_\_\_\_\_

Adriano Camelo Profissional API

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Yuli D Tamayo 1105685457

[illegible]

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

[illegible]

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA A QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

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

[illegible]

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

| <br><small>MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES</small><br><small>SECRETARÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES</small> |  |  | <b>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</b><br><b>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</b> |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  | <small>Código FOR-PSS-309</small><br><small>Versión 0</small><br><small>Fecha: Mayo 2021015300 - 2005/2021</small><br><small>Página: 1 de 2</small> |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| LOCALIDAD: <u>Suba</u>                                                                                                                                                                                 |  |  | UNIDAD OPERATIVA: <u>Jica Rincón</u>                                                                             |  |  |  |  | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Mailecia Rojas</u>   |  |  |  |  |                                                                                                                                                     |  |
| NIVEL: <u>Picaján</u>                                                                                                                                                                                  |  |  | NUIP: <u>1048945396</u>                                                                                          |  |  |  |  | NOMBRE NIÑO: <u>Eduarlys Alejandra Cabarca Utrera</u> |  |  |  |  |                                                                                                                                                     |  |
| MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Alejandra Utrera</u>                                                                                                                                     |  |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                                                                                                     |  |
| ACIDENTE PRINCIPAL: <u>Alejandra Utrera</u>                                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                                                                                                     |  |
| PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Adriana Camelo</u>                                                                                                                                                 |  |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                                                                                                     |  |

  

| TIPO DE NOVEDAD |       |             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|-----------------|-------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA           | HORA  | LUGAR       | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                                                                        |  |                                                                                                   |  |
| 20-01-2025      | 16:00 | Paseo ruta. | El día de hoy la Señora Alejandra Utrera c.c. 27764133<br>madre de Eduarlys firma compromiso de los<br>certificados de crecimiento y desarrollo, certifi-<br>cado médico que están pendientes en la<br>historia social de la niña. Se le informa que<br>tiene plazo de un mes. Se socializa la novedad<br>con la mamá quien está de acuerdo. Fin de<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adriana Camelo Profesional API                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Alejandra Utrera 27764133                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  

| TIPO DE NOVEDAD |      |       | 1                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | Se realizó activación de ruta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
|-----------------|------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Código: FOR-PSS-309

Version: 0

Fecha Memo (2021015300) = 20/05/2021

Página 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JICA Km 40 RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maritelo Rivas  
NIVEL: Piedra NUP: 1031858606 NIAO NRO: Liam S Josue Alcendia Villalobos  
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Ana Daniela Villalobos  
ACUDIENTE PRINCIPAL: Yudith Villalobos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Achiro Camelo

| TIPO DE NOVEDAD |      |                | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza:<br>SI _____ NO <u>✓</u> | Se realizó activación de ruta:<br>SI _____ NO <u>X</u> |
|-----------------|------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| FECHA           | HORA | LUGAR          | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                          |                                                        |
| 20-01<br>2025   | 7:50 | JICC<br>Rincón | <p>La señora Ana villalobos CC.1019080924 madre de Liam hace entrega a la Profesional del certificado de nacimiento y desarrollo. Se le informa a la mamá que se anexará a la historia social del niño. Se socializa la novedad con la mamá quien está de acuerdo. Fin de la novedad.</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                          |                                                        |

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Adriana Cornejo Profesora de API

Ana Daniela Villalobos R. 1010080924

[illegible]

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

[illegible]

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

[illegible]

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR