

 ALCALDIA MAYOR DE SUBA <small>SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL</small>	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES		Código FOR PSS-309 Versión 0 Fecha Memo 12/21/15300 - 20/05/2021 Página 1 de 2
	LOCALIDAD: <u>Suba</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>Jicelcolintiemet Linch</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Maricela Rojas</u>		
	NIVEL: <u>PJardin</u> NUIP: <u>1031858987</u> NIÑO O NIÑA: <u>Cristopher Jemus Sarmiento</u>		
	MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Milena Sarmiento</u> ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Milena Sarmiento</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Viviana Arevalo</u>		

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza SI ☐ NO ☒		Se realizó activación de ruta SI ☐ NO ☒	
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD													
31.01 2025	13:00	Casa	Siendo las 13:00 la profesional Viviana tiene comunicación con la señora Milena Sarmiento con cc:10262684291, mamá del niño CRISTOPHER, desde el número de celular 3057386092 al 3104887635, para informar sobre el proceso que se lleva con el niño "Bajo de Peso" el que estrategias implementa durante las vacaciones a lo que refiere "Pese se le trabaja 5 comidas al día y un suplemento vitamínico, de igual manera el niño está comiendo muy bien se le actualiza la novedad a la mamá refiriendo estar de acuerdo.													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR													
LADY VIVIANA AREVALO PROFESIONAL API			NO APLICA													

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza SI ☐ NO ☐		Se realizó activación de ruta SI ☐ NO ☐	
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR													

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza SI ☐ NO ☐		Se realizó activación de ruta SI ☐ NO ☐	
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR													

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza SI ☐ NO ☐		Se realizó activación de ruta SI ☐ NO ☐	
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR													