PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSO-309
Versión: 0
Fecha: Mena [illegible] - 20/08/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA:
NIVEL: Maternal 2 NUIP: 1202384113 NIÑA O NIÑO: Antony Mateo Diaz Cruz
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Laura Valentina Cruz Ortiz
ACUDIENTE PRINCIPAL: Cristian Lopez G. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Leidy Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO __9__	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO __9__

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
03/02/25	7:30am	JI Salamandra.	Siendo las 7:30am se informa a la sra laura madre de Antony que con ese se le indicó en la matricula y como parte del seguimiento al desarrollo integral de Antony es necesario presentar la siguiente documentación: Crec y Dllo, tamizaje visual, auditivo y certificado dental, la madre manifiesto que se encuentra en proceso de solicitud de estas citas, se solicita que en el transcurso del mes se realice la gestión correspondiente y se entregue la documentación requerida, el próximo seguimiento se realizará el día 06/03/25. o antes si la sra presenta la documentación, se encuentran al día en vacunación hasta cumplir los 12 meses.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Leidy Paola Duque O. Profesional en Atención a Primera Infancia	Laura Valentina Cruz Ortiz. 1000213582

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

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSO-J09
Versión: 0
Fecha: Memo 20210102000 - 20/09/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Jardin 2 NUIP: 1033835935 NIÑA O NIÑO: Emily Damara Martinez Martin

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Erika Alexandra Martin Pena

ACUDIENTE PRINCIPAL: Dona PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: LEIDY PAOLA DUQUE

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
03/02/25	8:00am	JI Salamandra	Siendo las 8:02am se informa a la Sra Erika madre de Damara que, como dele incluir en la matricula y como parte del seguimiento al desarrollo integral de Damara es necesario presentar la siguiente documentación: Tirec y/o Tarjeta visual, Auditivo y certificado odontologico, la madre manifiesta que se encuentra en proceso de solicitud de estas citas, se solicita que en el transcurso del mes se realice la gestión correspondiente y se entregue la documentacion requerido, en el proximo seguimiento se realizará el dia 03/03/25.0 antes si la Sra presenta la documentación, Tambien se recomienda ponerse al dia en el esquema de vacunación

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE. Profesional en Atención a Primera Infancia

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:	Se realizó activación de ruta:
					X						SI ___ NO X	SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
18/02/25	8:15am	JI Salamandra	Siendo las 8:15am. Ingresa Damara en compañia de su madre Erika quien entrega fotocopia de vacunas ya que el dia de ayer vacunaron la bebé refiere que tiene un poco de fiebre por lo que le suministra el desayuno y se la lleva para casa, la bebé se observa irritable, se le entrega galleta y pera de paquete y se desea una pronta recuperacion, salen del jardin a las 8:40am. en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE. Profesional en Atención a Primera Infancia

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:	Se realizó activación de ruta:
					X						SI ___ NO X	SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
19/02/25	7:15am	JI Salamandra	Siendo las 7:15am ingresa Damara en aparente buen estado FISICO Y EMOCIONAL en compañia de su madre Erika quien informa, que la niña tuvo un poco de fiebre por las vacunas pero en la noche ya le paso y tuvo una buena noche, se agradece a la Sra por la información y se le refiere que la bebé estará en observacion durante el dia. con lo que la Sra se encuentra de acuerdo. En este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE. Profesional en Atención a Primera Infancia

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:	Se realizó activación de ruta:
					X						SI ___ NO X	SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
19/02/25	16:00	JI Salamandra	Siendo las 16:00pm sale Damara en buenas condiciones Fisicas y emocionales en compañia de su madre Erika a quien se le informa que la niña tuvo un dia sin eventualidades por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE. Profesional en Atención a Primera Infancia.

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

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Recibido 18/12/2025
Para Duque P.A.P.I

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: EMILY Dayana Martinez Martin

R.C. ☐ TI ☐ OTRO ☐ — Tipo de Documento — No. de Documento: 1033833593

Fecha de Nacimiento: Día 21 | Mes 06 | Año 24

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2530 — Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Fran... Alexand... Mad...

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
Día	Mes	Año	Peso	Talla		

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

	D	M	A
A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

ACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO					D	M	A
neonatal	Normal			Alterado	D	M	A
itivo OEA/PEAA	Normal			Alterado	D	M	A
liopatía génita Compleja	Normal			Alterado	D	M	A
al	Normal			Alterado	D	M	A

TENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A
3 años			
4 años			
5 años			

	SI*	NO*
	SI*	NO*
	SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

usca ya las vacunas ¡gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Cunar Oportunamente con todas las
is a tus hijos, **Garantiza la Protección**
nte a enfermedades como:

ercolosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis,
ingitis y otras enfermedades causadas por
mophilus influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina,
anos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis,
ingitis bacteriemia causada por Neumococo,
rmedad respiratoria causada por el virus de
fluenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis,
cela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del
loma Humano.

Powered by CamScanner

Apellidos: _____ Tipo de Identificación _____ No. ID: _____

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Tuberculosis meningea (BCG) / Hepatitis B	Única / Recién nacido	22	06	24	Serum	03702MAO82 / 03231074A	Hospe				Onora Cardenas
Poliomielitis (VIP)	1ª	28 AGO. 2024			Biological	223900225 25	compensar salud	22	08	24	BINNA SILVA INMUNIZACIÓN COMPENSAR
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	28 AGO. 2024			Serum	295241117E	compensar salud				BINNA SILVA INMUNIZACIÓN COMPENSAR
Hepatitis B	1ª	28 AGO. 2024			Glaxo	295241117A	compensar salud				
Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	28 AGO. 2024				AROL0838BA	compensar salud				
Diarrea por rotavirus	1ª					05826	compensar salud				
Neumonía, otitis, Meningitis y acteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	17 FEB 2025			Pfizer	FL5277 0626					
Poliomielitis (VIP)	2ª	17 FEB 2025			Biological	233300004 25	compensar salud				
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	17 FEB 2025			Serum	295324026	compensar salud				
Hepatitis B	2ª	17 FEB 2025			Glaxo	295324013A	compensar salud				
Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	17 FEB 2025				AROLC0328BA 10	compensar salud				
Diarrea por rotavirus	2ª										
Neumonía, otitis, Meningitis y acteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª				Pfizer Abril 25						
Poliomielitis (VIP)	3ª										
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª										
Hepatitis B	3ª										
Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª										
Influenza estacional	1ª										
Influenza estacional	2ª										
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª										
Neumonía, otitis, Meningitis y acteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
Varicela	1ª										
Hepatitis A	Única										
Influenza estacional	Anual										
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
Difteria, Tosferina y Tétanos DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Única										
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
Varicela	Refuerzo										
Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
	2ª										
	3ª										
	1ª										

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-300
Versión: 0
Fecha: Mismo 12021015300 - 20015/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Natural 2 NUIP: 1022619531 NIÑA O NIÑO: Emily Duarte Gutierrez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sam. Daniela Duarte Gutierrez

ADOLESCENTE PRINCIPAL: Yennifer Duarte G. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Leidy Paola Duque

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
03/02/25	7:15am	JI Salamandra	Siendo las 715am se informa a la Sra Sonia madre de emily que como se le indicó en la matricula y como parte del seguimiento al desarrollo integral de Emily es necesario presentar la siguiente documentación: crec y dllo, tamizaje visual, auditivo y certificado dental, la madre manifiesta que se encuentra en proceso de solicitud de estos citas, se solicita que en el transcurso del mes se realice la gestión correspondiente y se entregue la documentación requerida, el proximo seguimiento se realizara el dia 03/03/25 o antes si la Sra presenta la documentación. Se encuentra al dia en vacunación hasta el mes de Abril

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque Profesional en Atencion A Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Sam. Daniela Duarte 1033701725

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
12/02/25	8:30am	JI Salamandra	Siendo las 8:30am ingresa la Sra. Yennifer con Emily, la Sra refieren que se encontraban en cita odontologica, entrega certificado odontologico, la niña se encuentra en buen estado fisico y emocional, se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en Atencion A Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Yennifer Duarte 6 1033701714

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
23/02/25	7:35am	JI Salamandra	Siendo las 7:35am ingresa Emily en compañia de su abuela Yennifer quien informa que le suministrara el desayuno y de la llevara ya que tiene cita de crecimiento y desarrollo a las 11:00am. Se le recuerda presentar soporte de la cita, salen del jardin a las 8:15am se le entrega paquete (pera y manzana) Emily sale en buenas condiciones fisicas y anmicas.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en Atencion A la Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Yennifer Duarte -6 1033701714

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
26/02/25	7:30am	JI Salamandra	Siendo las 7:30am ingresa la Sra Yennifer Abuela de Emily entrega certificado medico de asistencia a la cita la niña se encuentra en buenas condiciones fisicas y anmicas por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en Atencion A la Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Yennifer Duarte 1033701714

Powered by CamScanner

Centro
Policlínico del Olaya
Todo por la Salud y la Vida



CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

FEBRERO 12-2025

EMILY DUARTE GUTIERREZ
1024619531

PACIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA
CLINICAMENTE PACIENTE SANO,
SE DAN INDICACIONES DE CUIDADO ORAL
CONTROL EN 6 MESES

L. Andrea Guerrero M.
Odontóloga C.O.C
CC 1032377238

L. ANDREA GUERRERO M.
1032377238
ODONTOLOGA GENERAL

COMERCIALIZADORA LEXIN DIGITAL SAS NIT 900630356-4

Firma profesional de atención en salud

Firma usuario

RECIBIDO
12 FEB 2025.
PAOLA DUQUE
PROFESIONAL EN ATENCION
A PRIMERA INFANCIA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSO-300
Versión: 0
Fecha: Marzo 2021 - 20/08/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Natural 2 RUN: 1033855788 NIÑA O NIÑO: Liam Nicolas Rodriguez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Natalia Rodriguez Garzón

ACUDIENTE PRINCIPAL: Natalia Rodriguez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Leidy Paola Duque

FECHA	HORA	LUGAR	TIPO DE NOVEDAD	Se realizó activación de pólizas:	Se realizó activación de rutas:
03/02/25	7:06am	JI Salamandra	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	SI ___ NO X	SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD

Siendo las 7:06am se informa a la sra Natalia madre de Nicolás que como se le indicó en la matrícula y como parte del seguimiento al desarrollo integral de Nicolás es necesario presentar la siguiente documentación: Sisben y DIO Tamizaje visual, Auditivo y certificado Dental, la madre manifiesta que se encuentra en proceso de solicitud de citas, se solicita que en el transcurso del mes se realice la gestión correspondiente y se entregue la documentación requerida, el próximo seguimiento se realizará el día 03/03/25 o antes si la sra presenta los certificados, se encuentra al día en esquema de vacunación hasta cumplir los 6 meses.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Deisy natalia Rodriguez Garzón

FECHA	HORA	LUGAR	TIPO DE NOVEDAD	Se realizó activación de pólizas:	Se realizó activación de rutas:
18/02/25	8:30am	JI Salamandra	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	SI ___ NO X	SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 8:30am ingresa Nicolas en compañía de su madre Natalia quien informa que el bebé pasó mala noche, pregunta si le puede dar el desayuno en casa, se le responde que si, así que se le entrega galleta y vaso de Pedialyte y cuando termina de darle el desayuno se van a las 9:00am.. se desea una pronta recuperación y por favor informar cualquier eventualidad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Deisy natalia Rodriguez Garzón

FECHA	HORA	LUGAR	TIPO DE NOVEDAD	Se realizó activación de pólizas:	Se realizó activación de rutas:
19/02/25	7:15am	JI Salamandra	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	SI ___ NO X	SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 7:15am ingresa Nicolas en aparente buen estado físico y anímico en compañía de su madre Deisy quien informa que el bebé descansó durante el día y en la tarde ya se encontraba de mejor semblante, se informa que el bebé estará en observación durante el día con lo que la sra se encuentra de acuerdo a, en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en atención a la primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Deisy natalia Rodriguez Garzón

FECHA	HORA	LUGAR	TIPO DE NOVEDAD	Se realizó activación de pólizas:	Se realizó activación de rutas:
19/02/25	16:00pm	JI Salamandra	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	SI ___ NO X	SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 16:00pm sale Nicolas en buenas condiciones físicas y anímicas en compañía de su madre Deisy, a quien se le informa que el bebe pasó un día normal sin eventualidades por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Deisy natalia Rodriguez Garzón

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-308
Versión: 0
Fecha: Mayo 12021015000 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Maternal 2 NUIP: 1083836182 NIÑA O NIÑO: Sara valentina Acuña

NOMBRE CUIDADOR/A DE LA NIÑA O EL NIÑO: Melissa Acuña

ACOMPAÑANTE PARENTAL: Melissa Acuña PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Fiora Duque

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
03/02/25	7:40am	II Salamandra	Siendo las 7:40am se informa a la Sra Melissa que como se le indicó en la matricula y como parte del Seguimiento al desarrollo integral de Sara. es necesario presentar la siguiente documentación: Crecimiento y desarrollo, Tamizaje visual, auditivo y certificado odontologico, la madre manifiesta que se encuentra en Proceso de solicitud de estas citas. Se solicita que en el transcurso del mes se realice la gestión correspondiente y se entregue la documentación requerida. El próximo Seguimiento se realizará el dia 03/03/2025. O antes de presentarse la documentación											

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

Fiora Duque
Profesional en Atencion a Primera Infancia

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

Melissa Acuña 1122120336

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

Powered by CamScanner