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

LOCALIDAD 4 UNIDAD OPERATIVA FC SAN LUCAS AVESOL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: ALEJANDRA RUBIO

NIVEL: PARVULOS 1 NUIP: 1023991203 NIÑA O NIÑO: Ailyn Samara Bernal Ospino

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Heidy Nicolle Ospina

ACUDIENTE PRINCIPAL: Heidy Ospino PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: DIANA CAROLINA DIAZ

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
10/3 2025	8:13 am	Jardin avesol	Siendo las 8:13 am se realiza llamado telefonico al numero 3203412194 donde atiende la señora Heidy Nicolle Ospino madre de lo menor quien manifiesto que lo niña paso mala noche y con un poco de fiebre y por tal motivo no la traera al Jardin el dia de hoy, sin embargo ello manifiesta que garantizara su alimentacion mientras esta en casa. en este punto se finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Diaz Profesional en atencion en Primera infancia	No aplica

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
11/3 2025	10:07 Am	Jardin avesol	El dia de hoy se realiza llamado telefonica al numero 3203412194 el cual se encuentra apagado, nuevamente a las 8:40am Se realiza llamada sin obtener respuesta; siendo las 9:30 se llama y aun el telefono sigue apagado, por tal motivo se realiza visita domiciliaria, al llegar a la direccion suministrada por la señora Heidy Ospino, nos atiende la bisabuela quien de inmediato informa que la señora no vive hay, enseguida sale a la puerta la Señora Luz Stella abuela de Samara quien nos informa que la señora Heidy Nicolle Ospina si vive

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Diaz Profesional en atencion en primera infancia	

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
			Dando continuidad a la novedad, en la casa pero que habia salido un momento con Samara y que ya volvia, Se ingresa a la vivienda y pasadas 5 minutos llega la Señora Heidy Nicolle Ospina en compañia de la niña Samara, la señora Heidy informo que Samara se encuentra un poco congestionada y no ha podido sacar una cita prioritario y que no la ha llevado por urgencias porque estan muy llenas y hay muchos virus, se le recomienda que continue insistiendo en sacar la cita ya que es importante la salud de samara, se le insiste que pida constancia de la cita. en este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Diaz Profesional en atencion en Primero infancia	Heidy Nicolle Ospina Caceres 1007105114

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
12/3 2025	7:24 am	Jardin avesol	Siendo las 7:24 am se realiza llamado telefonico al numero 3203412194 donde atiende la Señora Heidy Ospina quien informa que llevo a la niño por urgencias y le informaron que le tuviera cuido en casa, la Señora Heidy Nicolle informo que no le dieron ninguna constancia de la cita, solo le entregaron las indicaciones de los cuidados en casa, la señora Hady manifiesta que mañana trago a la niño al Jardin. en este punto se finaliza la novedad.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código	FOR-PSS-010
Versión	2
Fecha	Marzo INT 43382 3/08/2018
Página	1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA
		Jardín Asad.	DIA 11 MES 3 AÑO 2025 HORA

Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA				MOTIVO			
INGRESO		OTRO		INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN		POR EXCEPCION	
TRABAJADO		CUAL?		AMPLIACION DE INFORMACIÓN		OTRO	
PERMANENCIA				CUAL?			

Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO-A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bancl	Ospina	Ailyn	Samara

NOMBRE IDENTITARIO	SEXO
1023991203	HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
RC [X] TI [ ] CC [ ] NUIP [ ] CE [ ] NO Tiene [ ]	1023991203	DIA 12 MES 10 AÑO 2023

Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL				SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE			
¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL? SI [X] NO [ ]		RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] SUBSIDIADO [ ]	CALIDAD DEL BENEFICIARIO	BENEFICIARIO [X] COTIZANTE [ ]	SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	DESPLAZAMIENTO [ ] MENDICIDAD [ ] DESEMPLEO [ ] PROSTITUCIÓN [ ] OTRO [ ]

ESTADO DE SALUD				RED DE APOYO	
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [ ] NO [ ]		SI	NO	CUENTA CON RED DE APOYO SI [ ] NO [ ]	
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA	¿ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?	[ ]	[ ]	TIPO	
	¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS?	[ ]	[ ]	FAMILIAR	[ ]
	¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?	[ ]	[ ]	INSTITUCIONAL	[ ]
				OTRAS	[ ]
				CUAL?	

Capitulo D. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD?	SI	NO
¿ESTA CERTIFICADA?	[ ]	[X]

TIPO DE DISCAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO			
ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE			
ASEARSE			
MOVERSE			
MOVERSE EN CALLE			

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?	SI	NO
BASTON	[ ]	[ ]
MULETAS	[ ]	[ ]
SILLA DE RUEDAS	[ ]	[ ]
OTRO CUAL?		

Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACIÓN GEOGRAFICA	ESTRATO
cl 31fsur #0E-21.	CELULAR 3203412194	Cordoba	San Cristobal.	X URBANO [ ] RURAL	2.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Heidy Nicolle Ospina	1007106114	mamá	X SI [ ] NO

NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR	DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR
Heidy Nicolle Ospina NO APLICA	1007106114 NO APLICA

TIPO DE FAMILIA

[ ] UNIPERSONAL [X] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS-AS [ ] SIMULTANEAS

No. Para Que Convivan [ ]

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?		X
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?		X

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE: _____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? _____

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR _____

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? [ ] DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C
SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Codigo	FOR-PSS-010
Versión	2
Fecha	
Página	1 de 4

Capitulo F. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MOVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCION		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA

PROPIA		OTRA	
ARRENDADA	X	CUAL	
AMORTIZANDO			

FORMA DE PAGO

DIARIA		MENSUAL	X
SEMANAL		OTRO	
QUINCENAL		CUAL	

ESTADO DE LA VIVIENDA

CONSTRUIDA	X
EN CONSTRUCCION	
OBRA NEGRA	

CONDICION DE LA VIVIENDA

RUINA		ACEPTABLE	
DEMOLICION			
BUEN ESTADO	X		

SERVICIOS PUBLICOS

AGUA	X	ACUEDUCTO	X	ALUMBRADO PUBLICO	
LUZ	X	GAS NATURAL	X	ALCANTARILLADO	
TELEFONO		ASEO			

ILUMINACIÓN

BUENA	
REGULAR	
MALA	

VENTILACIÓN

BUENA	
REGULAR	
MALA	

ASEO

BUENA	
REGULAR	
MALA	

PISOS

MADERA		BALDOSA	
TIERRA		OTRO	
CEMENTO		CUAL	

PAREDES

LADRILLOS	X	ADOBE		OTRO	
LATAS		CARTON		CUAL?	
MADERA		POLISOMBRA			

TECHO

TEJA		OTRO	
TELA		CUAL?	
PLANCHA	X		

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR

GAS NATURAL		COCINOL		CUAL	
GAS PROPANO		CARBON			
ELECTRICIDAD	X	OTRO			

ESPACIOS

	Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS
HABITACIONES	4		COMEDORES	1		PATIOS	1	
COCINAS	1		SALAS	1				
BAÑOS	1		LAVADEROS	1				

PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

DOMESTICOS	X	CUAL?
VECTORES		
OTRO		

	SI	NO		SI	NO
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACION DONDE DUERME?		X	¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA?		X	¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?		

Capitulo G. ENTORNO

SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO

EXPENDIO DE DROGAS		ZONA DE PROSTITUCION		CUAL
BASURERO		ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación)		
AGUAS NEGRAS		OTRO		

ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

	PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
	EN RUINA
	DESTAPADA
	PAVIMENTADO

Capitulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Durante la visita se logra evidenciar que la vivienda esta en buena Condiciones habitables, la paredes esta en ladrillo terminados, Cuenta Con 1 Cocina en buenas Condiciones de uso, 4 habitaciones

Capitulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
PSICOSOCIAL			ABANDONO			OTRO		
ECONOMICO			DESALOJO			CUAL?		

OBSERVACIONES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	Código	FOR-PSS-010
		Versión	2
		Fecha	
		Página	1 de 4

Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

CONCEPTO TECNICO

El dia de hoy Se realiza visita domiciliaria al hogar de la niña Ailyn Samara Bernal Ospina y quien se encuentro en buenas condiciones fisicas y emocionales, en el hogar de la niña Se evidencia que cuenta con servicios publicos necesarios para solventar sus necesidades basicas, en el hogar se evidencia un buen ambiente adecuado para la menor, quien vive en compañia de su abuela materna, su mamá y la bisabuela, se logra evidenciar que es un lugar estable para la niña

Capitulo K. FIRMAS

Heidy Nicolle
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Heidy Nicolle
NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

1007106114
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Diana Diaz
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Diana Carolina Diaz B.
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

1023891608
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código FOR-PSS-309
Versión 0
Fecha Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página 1 de 2

LOCALIDAD 4 UNIDAD OPERATIVA FC SAN LUCAS AVESOL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA ALEJANDRA RUBIO

NIVEL PARVULOS 1 NUIP 1023991203 NIÑA O NIÑO Ailyn Samara Bernal Ospina

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Heidy Nicolle Ospina

ACUDIENTE PRINCIPAL Heidy Ospina PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL DIANA CAROLINA DIAZ

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
13/3 2025	7:20	Jardin avesol	Siendo las 7:20 am ingresa al jardin la niño Samara bernal en compañia del señor Brandon Bernal padre de la niña identificado con CC 1000777610 quien informa que la niña yo se encuentra mejor, Samara ingresa en buenas condiciones fisicas y emocionales, en este punto se cierra 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
Diana Diaz Profesional en atencion en Primera infancia	Brandon Bernal 1000777616

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