
UBA UNIDAD OPERATIVA JICC piedra verde RESPONSABLE DE LA UNIDAD OPERATIVA Nora Pinilla

NOMBRE TYT No. DOCUMENTO NOMBRE O NOMBRES Isabella Yuleth Chacon

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DE LA NIÑA O EL NIÑO Yuleth Chacon

ACUDIENTE PRINCIPAL Yuleth Chacon PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIÑO Karent Millan

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 ____
										X		

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
			CERTIFICADO MEDICO
28 de 2025	700	JICC piedra verde	EL DIA DE HOY LA profesional le tomo a la señorita Yuleth Chacon menor de la niña Isabella Chacon identificada con CC que a la fecha la niña se encuentra sana y al momento de la valoración medica nutricional y desarrollo y salud oral se encuentra activa para su entrega de salud y tiene claro todo lo que ella tiene. Por mi parte no tiene trabajo y nos vamos a pasar a subsidiado pero deben tener puntaje saben que hago el seguro yo madre, mantuvo el hacer esto mamá y le cuento la proxima le tomare mamá y le encargo cargue es muy importante garantizar el derecho a la salud de la niña.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Karent Millan P Profesional API e	Diego Ortega 1019067302

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
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica	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
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica	No Aplica

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Página 1 de 2

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JICC P VERDE RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: NOMAR CANILLA

NIVEL: PRE 1 AULA: NIÑA O NIÑO: ANGEL DAVID GRINAN

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: ORIANIS GRINAN

ACUDIENTE PRINCIPAL: ORIANIS GRINAN PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: KARENT MILLAN

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
20/03/2025	14:30	JICC Piedra Verde	EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL SE COMUNICA CON LA SEÑORA ORIANIS GRINAN MAMA DEL NIÑO INDICANDO CON CC V668 [illegible] DEL H CEL 3146829241 AL HCPC 3202962209 PARA INFORMARLE SI EL NIÑO PRESENTA ALERGIAS O ALGUNA REACCION ALERGICA A LOS ALIMENTOS YA QUE EL NIÑO HOY AL MOMENTO DE LAVARSE SE LE EVIDENCIA UNA INFLAMACION EN EL LADO DERECHO TIPO HINCHADO DE LA FRENTE SI PRODUCE EL PRESENTA ALERGIA QUE LA MAMA PERCIBE SI INFLAMA Y CUANDO TIENE FIEBRE O CUANDO ALGO LO PICA Y SALEN PONCHAS POR LA CARA LA PROFESIONAL LE REFIERE QUE ES IMPORTANTE INFORMAR ESTE TIPO DE NOVEDADES PARA ESTAR AL TANTO Y SABER QUE ES SU REACCION LA PROFESIONAL LE INFORMA QUE REALIZARA NOVEDAD Y AVISE A LA MAMA A LA HORA DE LA SALIDA A LO QUE REFIERE EFECTIVAMENTE DE NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Karent Millan P Profesional Apoyo	[illegible]

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 ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
28/03/2025	7:00	JICC Piedra Verde	CERTIFICADOS MEDICOS: EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE RECUERDA E INFORMA A LA MAMA DEL NIÑO LA SEÑORA ORIANIS IDENTIFICADA CON CC V6687990 DE VENEZUELA QUE A LA FECHA AUN TIENE PENDIENTE EL CERTIFICADO AUDITIVO Y ODONTOLOGICO EMITIDO POR SU EMISORA PRO-VISUAL Y ODONTOLOGICO EMITIDO POR SU EMISORA DE SALUD A LO QUE ELLA REFIERE AUN NO HAY CITAS ME DICE MAÑANA LA PROFESIONAL LE REFIERE QUE TIENE PLAZO HASTA EL 30/03/2025 PARA PODER AL DIA LA HISTORIA SUCIA HASTA ESE PUNTO LLEVA EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTA NOVEDAD.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Karent Millan P Profesional Apoyo	[illegible] TESTA. 55.19.878

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	
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica	No Aplica

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Versión: 8

Fecha: Marzo 2021 (0830 - 2020/2021)

Página: 1 de 8

LOCALIDAD: Usme UNIDAD OPERATIVA: JICC Piedra Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Penilla

NIVEL: PAP RUN: 2499763174 NIÑA O NIÑO: Laura Valeria Morales

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sandra Morales

ADOLESCENTE PRINCIPAL: Sandra Morales PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Karent Millan

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	OK	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
28/03/2025	8:00	JICC Piedra Verde	CERTIFICADOS MEDICOS La profesional te informa a la mamá el día de hoy la profesional te informa a la mamá de la niña la señora Sandra Morales identificada con cc. 52.783.316 que el día domingo 30/03/25 donde el certificado de crecimiento y desarrollo y el optómetra odontología debe llevarla ayuda tecnológica a lo de ella refiere" pide la asistir confirmar la profesional le refiere que estará atenta a cualquier novedad hasta este punto frena el diligenciamiento de esta novedad.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Karent Millan Profesional PAP	Sandra Morales

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											
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica	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											
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica	No Aplica

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Versión: 6

Fecha: Diario DD/MM/AAAA - DD/MM/AAAA

Página: 1 de 6

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JICC PIEDRA VERDE RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: MONICA BONILLA

NIVEL: PVT NUIP: 1083977900 NIÑA O NIÑO: Hellen Ovedo Rodriguez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yenifer Esquivel

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yenifer Esquivel PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: KAREN VILLAMIL

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
28/03 2025	1600	JICC Piedra Verde	CERTIFICADOS MEDICOS. El día de hoy la Profesional le informa a la tenedora Yenifer Esquivel mamá de la niña Hellen cada con cc 1083977900 que tiene pendiente en la ruta social de la niña certificado Medico auditivo visual diagnostico y derivado emitido por la entidad prestadora de salud a lo que ella refiere que iniciando el mes de abril ya debe llevar la solicitud ellos dirán, la Profesional le refiere que estara pendiente y atenta a cualquier novedad hasta este punto llega el diligenciamiento de esta novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Karen Villamil Profesional PVI	Yenifer Esquivel

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica	No Aplica

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

FECHA	HORA	LUGAR	
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica	No Aplica

Powered by CamScanner