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: Fontibón UNIDAD OPERATIVA: Color Kids RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Elizabeth Diaz

NIVEL: Sala Heterog 2 NUIP: 1016125698 NIÑA O NIÑO: Alanna Lopez Burgos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Thalia Burgos y Ander Lopez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Thalia Burgos PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Lina Herrera

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 Y

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
07 mayo 2025	7:14	Jardín Infantil Color Kids	Siendo las 7:14 la docente recibe a la niña Alana quien ingresa el día de hoy a la Unidad Operativa, la docente le informa a la madre Thalia que debe solicitar citas medicas para cumplir con los certificados requeridos por el jardín, tales como, medico general, crecimiento y desarrollo, tamizaje visual y auditivo, odontologico y el carnet de vacunas actualizado, para ello tiene un plazo hasta 30 de Junio. "En este punto termina 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
Lina Herrera Profesional Atención Primera Infancia.	Thalia Burgos 1018022089

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
y apl. LA			

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