UNIDAD DE SERVICIO: Dejando Huellas 6 MUNICIPIO: Rivera

LISTADO DE NOVEDADES

a) Accidentes b) Cambios en los estados de salud. c) Cambios en el estados físicos-emocionales. d) Razones de inasistencia e) llegadas tarde f) salidas anticipadas del servicio. g) remplazo de cupo h) Incapacidades. i) Administración de medicamentos. j) Casos en que los niños y niñas no cuenten con registro civil o las mujeres gestantes con documento de identidad.	k) Casos de niños, niñas y mujeres gestantes no cuentan con soporte de afiliación en salud. l) Casos de niños, niñas y mujeres gestantes que no cuentan con certificación de asistencia a la valoración integral o controles prenatales. m) Casos de niños y niñas que no cuentan con el soporte de aplicación del esquema de vacunación de acuerdo a la edad n) reprogramación de EEG y EEH (por orden público, desastres, dificultades de desplazamiento, acuerdo familias, etc.) ñ) Casos donde la mujer gestante no cuenta con el esquema de vacunación, según la edad gestacional.	o) la no atención en salud y nutrición p) casos de desnutrición aguda, severa o moderada q) esquema incompleto de vacunación r) violencia física, sexual o psicológica, violencia intrafamiliar, maltrato, negligencia r) presentarse enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes en la infancia, transmitidas por alimentos (ETAS) o de origen cultural s) casos fortuitos de extravío, accidente o muerte de una niña, un niño o una mujer gestante. t) sin novedad (cuando no se presenta ninguna novedad con el usuario)

Marcar la letra de la novedad que se presente según la situación en el siguiente calendario del mes: **JULIO 2025**

COLOR ROJO REPRESENTA LOS FESTIVOS Y DOMINICALES

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	1 T	2 T	3	4 T	5	6
7 T	8 T	9 T	10	11 T	12	13
14 T	15 T	16 T	17	18 T	19	20
21	22 T	23 T	24	25	26	21
28	29	30	31			

NOTA: CUALQUIERA DE LAS NOVEDADES QUE AMERITE COMPROMISO DE LOS PADRES Y/O CUIDADORES DEBE ESTAR FIRMADA POR LOS MISMOS Y DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD CON FECHA DE CUMPLIMIENTO Y LAS RAZONES. DE IGUAL MANERA EL SEGUIMIENTO CONTINUO AL MISMO.

*SI DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO NO SE PRESENTA NINGUN TIPO DE NOVEDAD SE REGISTRA LA LETRA T: **SIN NOVEDAD***

FECHA Y HORA DE LA NOVEDAD _____

NOMBRE DE MUJER GESTANTE, NIÑO, NIÑA USUARIO: _____ IDENTIFICACION: _____

NOMBRE DE QUIEN REGISTRA LA NOVEDAD: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR: _____ FIRMA: _____

Involucrados: _____

DESCRIBA LA SITUACION PRESENTADA O EVENTO:

T= Durante los encuentros No se presentaron ninguna novedad

ACCIONES IMPLEMENTADAS:

COMPROMISO:

SEGUIMIENTO:

FECHA DE CIERRE DE LA NOVEDAD: