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: Huellas y talentos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Arelis Saenz

NIVEL: PJ 3 NUIP: 1016753540 NIÑA O NIÑO: Liam Martin Correa Dueñas

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie Tatiana Dueñas

ACUDIENTE PRINCIPAL: Tatiana Dueñas PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Patricia Rodriguez

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
17 Julio 2025.	8:00 Am	Jardin huellas y talentos	Siendo las 8:00 am la profesional en atención a la primera infancia Patricia Rodriguez socializa con la señora Tatiana Dueñas con C.C. 1023930334 madre del niño Liam Martin Correa sobre la documentación faltante: certificado medico, tamizaje visual y auditivo, certificado odontologico, crecimiento y desarrollo para asi garantizar el seguimiento de valoración integral en salud del niño. La madre refiere "voy a gestionar las citas medicas para cumplir con el compromiso", la profesional le indica que hay un plazo hasta el 01 agosto 2025 para hacer la gestion de los certificados medicos. 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
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	

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Patricia Rodriguez Profesional atención primera infancia.	Tatiana (firma) cc 1023930334

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