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 18 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Maternal NUIP: 1028676577 NIÑA O NIÑO: Dilan Andres Cifuentes Fonseca

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Jasbleidi Fonseca

ACUDIENTE PRINCIPAL: Jasbleidi Fonseca PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Valentina Valero Rincón

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 01 de Agosto 2025 | 12 pm | JIC Portal de los Sueños | El dia de hoy 01/08/2025 siendo las 12pm la profesional de atención en Primera Infancia Valentina Valero, realiza llamada telefonica al numero 3222129227. Para indagar sobre el motivo de inasistencia del niño el dia de hoy al Jardin, No se logra Comunicación con la Señora Jasbleidi Fonseca, Madre, el numero de celular suena fuera de Servicio. 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 |
|---|---|
| Valentina Valero Rincón Profesional de atención Primera Infancia | No aplica. |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 04 de Agosto 2025 | 7:37 a.m | JIC Portal de los Sueños | Siendo las 7:37 am se acerca a la Unidad Operativa el señor Yeferson Sanchez Acudiente de Dilan Cifuentes le refiere a la profesional de atención Nancy Sanchez que el niño hoy viene al jardin sin novedad indica que no Pudo asistir el 01/08/2025 por que se le presento una calamidad domestica se tendra en observación durante el dia. En este punto termina novedad |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Nancy Sanchez Profesional de atención a la P.I. | Yeferson Sanchez |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 04/08 Agosto 2025 | 4:10 Pm | JIC Portal de los Sueños | Siendo las 4:10 pm se acerca a la unidad operativa la sra Jasbleidi Fonseca mamá de Dilan cifuentes la Profesional de atención a la Primera Infancia Nancy Sanchez le refiere que durante el dia el niño no presento novedad, consumio sus alimentos Proporcionados en el jardin, realizo las actividades Pedagogicas. Sale del jardin sin novedad. se cierra novedad por inasistencia del 01/08/2025. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Nancy Sanchez Profesional de atención a la P.I. | Jasbleidi F 1009424236. |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 06/08 202 | 1:00 Pm | JIC Portal de los sueños | Siendo la 1:00 Pm se realiza llamada telefonica al numero 3222129227 Para indagar Sobre el motivo de inasistencia del niño Dilan Andres Cifuentes Fonseca y su estado de Salud, NO se logra comunicación con la Sra Jasbleidi Fonseca madre del niño se realizan 3 intentos los cuales timbra hasta que se va a buzon. en este punto finaliza novedad. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Nancy Sanchez Profesional de atención a la P.I | NO aplica |

Powered by CamScanner

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: 18 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Urrego

NIVEL: Maternal NUIP: 1013702042 NIÑA O NIÑO: Aaron Mathias Coronado Acevedo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Elizabeth Acevedo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Elizabeth Acevedo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Valentina Vallero Rincón

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 01 de Agosto 2025 | 12 PM | JIC Portal de los Sueños | El dia de hoy 01/08/2025 Siendo las 12Pm la Profesional de atención en Primera Infancia Valentina Vallero, realiza llamada telefonica al numero 3213110201 para indagar sobre el estado de salud del niño, se logra Comunicación con la Señora Elizabeth Acevedo, madre, quien informa que el niño se encuentra mejor, Cumpliendo su incapacidad y espera el lunes regresar, la Profesional de atencion indica a la madre esta información es registrada como una novedad. 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 |
|---|---|
| Valentina Vallero Rincón Profesional de atención Primera Infancia. | No aplica. |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 04/08 2025 | 10:20 am | JIC Portal de los Sueños | Siendo las 10:20 am se realiza llamada telefonica al numero 3009628593 para indagar sobre el motivo de inasistencia del niño Aaron Coronado y su estado de Salud, No se logra comunicación con la Sra Elizabeth Acevedo, madre, se realizan 4 intentos los cuales timbra y se va a buzon de voz, en este punto Finaliza novedad. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Nancy Sanchez Profesional de atención a la P.I | No aplica. |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 05/08 2025 | 9:18 am | JIC Portal de los Sueños | Siendo las 9:18 am se realiza llamada telefonica al numero, 3009628593 para indagar sobre el motivo de inasistencia del niño Aaron Coronado y su estado de salud, No se logra Comunicación con la Sra Elizabeth Acevedo, madre del niño se realizan 3 intentos los cuales se va a buzon en este punto finaliza novedad |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Nancy Sanchez Profesional de atención a la P.I. | No aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 06/08 2025 | 8:36 am | JIC Portal de los Sueños. | Siendo las 8:36 am Se acerca a la unidad operativa la Sra Elizabeth Acevedo mamá de Aaron Mathias Coronado le refiere a la Profesional de atención Nancy Sánchez que el niño se encuentra incapacitado desde el 27-07-2025 al 03-08-2025, nuevamente lo lleva al medico por que sigue congestionado y nuevamente le envian incapacidad donde inicia el 5-08-2025 finaliza 14-08-2025, Se le indica que se a estado llamando al numero 3009628593 para saber del estado del niño pero no ha sido Posible la comunicación informa un nuevo numero |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Nancy Sánchez Profesional de atención a la P.I | Elizabeth Acevedo. |

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

900959051

## INCAPACIDAD MEDICA

## Nº212226

**INFORMACIÓN GENERAL**

**LUGAR Y FECHA** Bogota D.C 5/08/2025

**MEDICO** 1023946868 YERLY PAOLA PRIETO ABELLA

**INFORMACION PACIENTE** AARON MATHIAS CORONADO ACEVEDO **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Masculino

**TIPO DOCUMENTO** RegistroCivil **NUMERO** 1013702542 **EDAD** 0 Años / 9 Meses / 29 Días **F. NACIMIENTO** 06/10/2024

**ENTIDAD** EPSS34 RS202 - PGP CAPITAL SALUD EPS

**AREA DE SERVICIO:** 2LVU03 - LA VICTORIA CONSULTA URGENCIAS PEDIATRICAS **REPS** 110013028929

**DETALLE DE LA INCAPACIDAD**

**TIPO** EnfermedadGeneral

**DIAS DE INCAPACIDAD** 10 **FECHA INICIAL** 05/agosto/2025 **FECHA FINAL** 14/agosto/2025

**COD DX** J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

**COD DX RELACIONADO**

**GRUPO DE SERVICIOS** ConsultaExterna **MODALIDAD PRESTACION SERVICIOS** Intramural

**PRESUNTO ORIGEN INCAPACIDAD** Comun **CAUSA QUE MOTIVA ATENCION**

**PRORROGA** NO **INCAPACIDAD RETROACTIVA** Ninguna

SE DA INCAPACIDAD MEDICA
SE HACE CONSTAR QUE MADRE ACOMPAÑÓ A MENOR DURANTE ESTANCIA EN HOSPITAL.
MENOR REQUIERE CUIDADO PERMANENTE DE ADULTO RESPONSABLE.

Nombre Medico: PRIETO ABELLA YERLY PAOLA
Registro: 1023946868

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica

Usuario: 1023946868

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Powered by CamScanner

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 18 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL Caminad B NUIP: 1077453213 NIÑA O NIÑO: Martin Rozo Londoño

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Andrea Rozo Londoño

ACUDIENTE PRINCIPAL: Andrea Rozo L PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Dionila Leal

| 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 |
|---|---|---|---|
| 04-08 2025 | 9:00 am | JIC Portal de los sueños | La profesional Dionila Leal se comunica con la señora Andrea Rozo, mamá de Martin Rozo Londoño al número 3025124936 la mamá refiere que no trajo al niño al jardín ya que tiene cita médica, que mañana lo traerá y entregará el soporte del cumplimiento a la cita, informa además que el niño está muy bien, la profesional le sugiere cuidar al niño durante el día. En este punto finaliza 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 |
|---|---|
| Dionila Leal Profesional De atención a la p.i | 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 |
|---|---|---|---|
| 05-08 2025 | 7:45 | JIC Portal de los sueños | La señora Alejandra Rozo Londoño, acudiente de Martin Rozo Londoño se acerca al jardín a traer al niño y refiere que se encuentra bien, que le fue bien en la cita y hoy entrega del certificado odontológico, la profesional recibe al niño y lo tendrá bajo observación y cuidado durante la jornada, el certificado lo archivará en la historia social del niño. En este punto finaliza 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 |
|---|---|
| Dionila Leal Profesional de atención a la p.i | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 05-08 2025 | 4:10 | JIC Portal de los sueños | El señor Giovanny Gonzalez, acudiente de Martin Rozo Londoño se acerca al jardín a retirar al niño, la profesional le informa que el niño estuvo bien, participó en la experiencia recibió los alimentos y compartió con sus amigos, pero que al despertar presentó irritación en los ojos como si estuviera presentando una conjuntivitis, le recomienda llevarlo al médico, el señor informa que según como siga mañana no asistirá al jardín. En este punto finaliza 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 |
|---|---|
| Dionila Leal Profesional de atención a la p.i | • Jorge Giovanny Gonzalez |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 06-08 2025 | 10:00 | JIC Portal de los sueños | La profesional Dionila Leal se comunica con la señora Andrea Rozo Londoño, mamá de Martin Rozo Londoño, al número 3025124936 para saber como siguió el niño, ella refiere que aún continúa con los ojos un poco irritados pero que ella lo está cuidando en casa, que ya está mejor, le recomienda tenerlo bajo observación y de ser necesario llevarlo por las urgencias y avisar al jardín cualquier eventualidad. En este punto finaliza 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 |
|---|---|
| Dionila Leal Profesional de atención a la p.i | No aplica |

Powered by CamScanner

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 12021015300 - 20/05/2021 | Página: 1 de 2

LOCALIDAD 12 UU. UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas.

NIVEL: Pre-Jardin NUIP: 1033831210 NIÑA O NIÑO: Daniel Alexander. Tibaque Bautista

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Monica Bautista

ACUDIENTE PRINCIPAL: Monica Bautista PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez.

| TIPO DE NOVEDAD | | | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 | | | | | | | | | | | |
| 01/08 2025 | 9:20 am. | Jic portal de los Sueños | Siendo las 9:20 am se realiza la llamada al número 320 700 6261 de la sra Monica, mamá del niño Alexander y ella refiere que esta mejor, se le recuerda informar cualquier Novedad 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de Atención a la P.I | No Aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | | | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 | | | | | | | | | | | |
| 04/08 2025 | 9:30 am | Jic portal de los sueños | Siendo las 9:30 am se realiza la llamada al número de Contacto 320 700 6261 de la sra monica mama del niño quien refiere que esto mucho mejor, se le recuerda informar Cualquier Novedad, 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez. Profesional de atencion a la P.I. | No Aplica |

| 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 LA NOVEDAD | | | | | | | | | | | |
| 05/08 2025 | 8:28 am | Jic portal de los sueños | Siendo las 8:28 am se Comunica por whatsapp la sra Monica Bautista mamá del niño Alexander quien refiere que el niño ayer termino la incapacidad pero que hay lo dejara en casa en observación, se le recuerda informar Cualquier novedad 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de A. P. I. | 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 | | | | | | | | | | | |
| 06/08 2025 | 1:30 pm | Kra 5 # 50-40 sur | Siendo las 1:30 pm Se realiza la visita domiciliaria a la Sra Monica Bautista pero sale la Sra Lilia Bautista abuelita de la Sra Monica y ella refiere que ella ya no vive hay que Salio desde el día Sabado arreglado con el niño y no saben nada de la sra monica que el telefono no Contesta y ella no se mete en nada de eso porque la sra monica ya esta grande que tomara firma nada, se le refiere por Favor decirle a la sra Monica se Comunique Con el jardin para saber | | | | | | | | | | | |

| 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

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 - 20/06/2021 | |
| Página: 1 de 2 | |

LOCALIDAD: R. UG UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Pre-jardín NUIP: 1033831210 NIÑA O NIÑO: Daniel Alexander Tibaque Bautista.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Monica Bautista

ACUDIENTE PRINCIPAL: Monica Bautista PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez.

| 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 NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 06/08/2025 | 1:30 pm | Jic Portal de los Sueños | Como se encuentra el niño, ella refiere que le va a decir pero no asegura nada, se le vuelve a preguntar si firma la novedad y dice que no, nos despedimos en Compañía de la Psicologa y se toma la foto a la Casa como evidencia. 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de atención a la P.I. | 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 |
|---|---|
| | |

Powered by CamScanner

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 12021016300 - 20/05/2021 |
| Página: 1 de 2 |

LOCALIDAD: Rafa. UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Prejardín NUIP: 1031187915 NIÑA O NIÑO: Dana Sofia Cortes primera

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Nefferly Primera

ACUDIENTE PRINCIPAL: Nefferly Primera PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ___ NO a | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO x |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/08 2025 | 9:10 am | JIC portal de los Sueños | Siendo las 9:10 am se realiza la llamada al número 3104501584 de la sra Nefferly Primera mamá de la niña Sofia Cortes pero no se obtiene respuesta 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de atencion a la P.I | 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 |
|---|---|---|---|
| 04/08 2025 | 8:24 am | JIC portal de los sueños | Siendo las 8:21 am se Comunica por whatsapp la sra Nefferly Primera mamá de la niña Sofia Cortes quien refiere que la niña presenta Fiebre y tos por eso no asistira al jardín, se le recuerda informar Cualquier novedad, 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de atencion a la P.I | 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 |
|---|---|---|---|
| 05/08 2025 | 8:16 am | JIC portal de los Sueños | Siendo las 8:16 am se Comunica por whatsapp la sra Nefferly Primera e informa que la niña todavia esta malita con gripe y no la trajera al jardín la dejara en casa en observación, se le recuerda informar Cualquier novedad 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de A. P. I. | 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 |
|---|---|---|---|
| 06/08 2025 | 8:40 am | JIC portal de los sueños | Siendo las 8:40 am se Comunica por whatsapp la sra Nefferly Primera mama de la niña Sofia Cortes y ella refiere que la niña Continua Con mucha tos y Prefiere no sacarla se le recomienda llevarla al medico e informar Cualquier novedad, 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de Atencion a la P.I | No Aplica |

Powered by CamScanner

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: R.U.U UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Pre-jardin NUIP: 1031187502 NIÑA O NIÑO: Aaron Isaac Garcia Alzate
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Erika Alzate
ACUDIENTE PRINCIPAL: ERIKA ALZATE PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez

| 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 |
|---|---|---|---|
| 04/08 2025 | 7:25 am | JIC portal de los Sueños | Siendo las 7:25 am se Comunica por whatsapp la sra Erika Alzate mamá de Aaron Garcia e informa que el niño no asiste esta semana porque se encuentran de viaje, se le recuerda informar cualquier novedad, en el transcurso del día hora llegar la carta por este medio, 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de atención a la P.I. | 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 |
|---|---|---|---|
| 05/08 2025 | 9:20 am | JIC portal de los Sueños | Siendo las 9:20 am se realiza la llamada al numero de Contacto 3142147040 de la Sra Erika Alzate mamá del niño y ella refiere que esta bien, se le recuerda informar Cualquier novedad, 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de atención a la P.I. | 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 |
|---|---|---|---|
| 06/08 2025 | 8:50 am | JIC portal de los Sueños | Siendo las 8:50 am se realiza la llamada al numero de Contacto 3142147040 de la Sra Erika Alzate mamá del niño y ella refiere que bien, se le recuerda informar Cualquier Novedad, 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de Atención a la P.I. | 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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

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 20210168300 - 20/08/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 8.00 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly vargas

NIVEL: Pre-Jardín NUIP: 1023047103 NIÑA O NIÑO: Angel Isaac Neira Santamaria

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Samantha Salamanca

ACUDIENTE PRINCIPAL: Salamanca Samantha PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez

| 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 NOVEDAD | | | | | | | | | | | |
| 06/08 2025 | 08:20 am | Jic portal de los sueños | Siendo las 8:20 am Se Comunica por whatsapp la sra Samantha Salamanca mama del niño Angel y refiere que el niño se desperto a las 3:00 am asustado y no pudo dormir más y se volvio a dormir a las 6:30 am y lo dejara descansar y lo tendra en Cuidado en casa. Se le recuerda informar Cualquier novedad 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 |
|---|---|
| Yuli Gutierrez Profesional de atención a P.I. | 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 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|---|---|
| | |

Powered by CamScanner

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-P55-309
Versión: 11
Fecha: Memo 20210151500 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD 18 UNIDAD OPERATIVA Portal Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas.
NIVEL: Prejardín NUIP: 1016752289 NIÑA O NIÑO Thiago Dael Anas Cubides
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sandy Cubides
ACUDIENTE PRINCIPAL: Sandy Cubides PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Edna López

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de póliza: SI ___ NO ___ | Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 04 08 2025 | 7:32 am | JIC PORTAL SUEÑOS | Hoy se acerca la señora Sandy Cubides madre de Thiago Anas e informa a la profesional Edna López que ayer llevó a su hijo por urgencias ya que lo notó decaído e inapetente, se dirigió al centro Policlínico del Olaya donde le dieron 3 día de incapacidad por enfermedad general del 3 al 7 de agosto, ante cualquier eventualidad la madre informará a la profesional, la señora Sandy hace entrega de copia de la incapacidad la cual será archivada a la historia social. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Edna López Profesional A.P.I. | - Sandy Paola Cubides Cano<br>- 1023912651 |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 06 08 2025 | 8:40 am | JIC PORTAL SUEÑOS | Hoy la profesional se comunica al número 3134454430 donde responde la señora Sandy Cubides madre de Thiago Anas a quien se le pregunta por el estado de salud del niño, ella refiere que el niño está un poco mejor y continúa recuperandose en casa, esta comiendo y jugando normalmente, nos continuaremos comunicando para conocer su evolución, 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 |
|---|---|
| Edna López Profesional A.P.I. | 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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

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 I2021016500 - 20/05/2021 |
| Página 1 de 2 |

LOCALIDAD 18 UNIDAD OPERATIVA: Portal Suenos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Prejardin NUIP: 1010252473 NIÑA O NIÑO: Angela Castro Jimenez.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Carmen Jimenez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Carmen Jimenez. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Edna López

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 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 |
|---|---|---|---|
| 06 08 2025 | 12:20 pm | JIC PORTAL SUEÑOS | Hoy la profesional Edna López se comunica al número telefónico 3229224319 donde responde la señora Carmen Jimenez madre de Angela Castro a quien se le pregunta el motivo de inasistencia de la niña, ella refiere que tenían cita odontológica para Angela a las 10:50 am, pero no hubo sistema y no pudieron facturar, le reprogramaron la cita para el viernes 08/08/2025 a las 8:40 am, en cuanto salgan de la cita traerá a la niña a la unidad operativa |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Edna López Profesional A.R.I | 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 |
|---|---|
| | |

Powered by CamScanner