| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

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

NIVEL: Maternal NUIP: 1013702542 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: Nancy 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 NOVEDAD | | | | | | | | | | | |
| 11/08 2025 | 2:00 Pm | JIC Portal de los Sueños | Siendo las 2:00 Pm se realiza llamada telefonica al numero 3213110201 en el cual contesta la Sra Elizabeth Acevedo mamá de Aaron Coronado le refiere a la Profesional de atención a la P.I. Nancy Sanchez que el niño tiene incapacidad hasta el 14-08-2025 se encuentra en casa Pasando su incapacidad, se encuentra mejor Presenta menos tos y moquitos, se le indica que cualquier novedad informar. 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 Sánchez<br>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 I2021015300 - 20/06/2021 |
| Página: 1 de 2 |

LOCALIDAD: Rafael U.U. UNIDAD OPERATIVA: Jic Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Comodín A NUIP: 1023993800 NIÑA O NIÑO: Mathias Santiago Tapias

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie Lizeth Mahecha.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Mahecha PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Deisy Lozano

| 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. | 08:30 am. | JIC Portal de los Sueños | Hoy Viernes 01/08/2025 la profesional Deisy Lozano se comunica con la señora Angie Mahecha, madre del niño Santiago Tapias al numero celular 3209528663 para saber como continua el niño de salud, la madre refiere que el niño continua indispuesto presenta vomito y tos, por esta razon acudira nuevamente al medico por urgencias, se compromete presentar los debidos soportes se le informa a la madre que todo lo referido esta siendo registrado bajo novedad, la cual se le socializara cuando se acerque a |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Profesional de atención a la primera I. Deisy Lozano. | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | | | | | | | | | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 04 08 2025. | 08:00 am | JIC Portal de los Sueños | Hoy lunes 04/08/2025 la señora Angie Mahecha ingresa a la unidad operativa en compañía de su hijo santiago Tapias y le informa a la profesional Deisy Lozano que el niño ya se encuentra bien de salud, que el día viernes observo mejoria en el niño por esta razon no lo llevo al medico y el fin de semana estuvo bien, sin embargo el niño estara bajo observación de evidenciar novedad alguna nos comunicaremos, se le socializa a la madre la novedad realizada el 01/08/2025 con la cual esta de acuerdo. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Profesional de atención a la primera I Deisy Lozano | C.C. 1033782069. |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | X | | |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 04 08 2025 | 4:03 pm. | JIC Portal de los Sueños | Siendo las 4:03 pm del presente día la profesional Deisy Lozano le informa a la señora Angie Mahecha, que su hijo Santiago Tapias estuvo bajo observación en el transcurso del día y no se evidencio novedad alguna, participo con animo en cada actividad propuesta, consumio los alimentos con normalidad, no presento tos, ni manifesto molestia, el niño Sale de la unidad operativa en buenas condiciones de Salud y animo, sin golpes ni raguños se da cierre a 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 |
|---|---|
| Profesional de atención a la Primera Infancia Deisy Lozano. | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 11 08 2025 | 9:00 am | JIC Portal de los Sueños | Hoy lunes 11/08/2025 la profesional Deisy Lozano se comunica con la Señora Angie Mahecha, madre del niño Santiago Tapias al numero 3209528663 para saber el motivo de la inasistencia del niño, la madre refiere que el niño ayer presento vomito y soltura, por esta razon no asistira el niño y lo llevara al medico, se compromete presentar los debidos soportes Se le informa a la madre que todo lo referido esta Siendo registrado bajo novedad, la cual se le socializara cuando se acerque 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 |
|---|---|
| Profesional de atención a la Primera I. Deisy Lozano. | 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 18 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Camino 13 NUIP: 1206229359 NIÑA O NIÑO: Hannah Inmaculada Ojeda Silva

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Alejandra Ojeda Silva

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alejandra Ojeda S 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 ✓ | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 11-08 2025 | 9:00 am | JIC Portal de los sueños | La profesional Dionila Leal se comunica con la señora Alejandra Ojeda Silva, mamá de Hannah Ojeda Silva al número 3219501741 para saber el motivo de la inasistencia de la niña, ella refiere que ayer salieron un rato y hoy amaneció con síntomas de gripa la profesional le sugiere cuidarla y de ser necesario llevarla a las urgencias, además, cuidar el perdón 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 |
|---|---|
| | |

NOVED

| 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 ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| CHA | 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 I2021015300 - 20/05/2021 |
| Página: 1 de 2 |

LOCALIDAD: Usme UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: párvulos NUIP: 1243861236 NIÑA O NIÑO: Liam Josue Leal Castañeda

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Coren Daniela Castañeda Moreno

ACUDIENTE PRINCIPAL: Maria Moreno PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Martha Yuri - Tatiana Cuellar

| 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 |
|---|---|---|---|
| 11/08/2025 | 9:30 a.m | J.I.C Portal de los Sueños | Siendo las 9:30 a.m se realiza llamada telefónica al 3232521347 en el cual contesta la Sra. Daniela Castañeda Moreno mamá de Liam Leal, le refiere a la profesional de atención a la P.I Martha Torres que el niño lo llevo ayer al médico porque presentaba fiebre, brote en boca, pies, le dieron incapacidad del 10 al 15 de agosto, esta con medicamentos, clorferamina, ibuprofeno, zety y SRP 4. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Martha Yuri Profesional de atención a PI | N/A |

| 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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
Dirección General de Sanidad Militar

Formato certificado de incapacidad o Licencia de Maternidad
Código:
Proceso:
Vigente a partir de:
Página 1 de 1

## I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| LIAM JOSUE LEAL CASTAÑEDA<br>NOMBRE DEL PACIENTE | SOLDADO PROFESIONAL<br>GRADO | 1243861236<br>DOC. IDENTIDAD | Beneficiario<br>AFILIACIÓN | No registra<br>CIVIL 12:4 |
| Ejército Nacional de Colombia<br>FUERZA O ENTIDAD | BATALLÓN DE TRANSPORTES "BATALLA DE TARAPACÁ"<br>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGÁNICA DEL TRABAJADOR | No registra<br>CARGO O LABOR QUE DESEMPEÑA | No registra<br>EPS | No registra<br>ARP |

## II. INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD

| | |
|---|---|
| LAPSO QUE CUBRE<br>INICIA: 10/08/2025 TERMINA: 15/08/2025<br>DIAS: 6 EN LETRAS: SEIS | TIPO DE INCAPACIDAD(ART.28 DECRETO<br>TEMPORAL |
| QUÉ OCASIONÓ LA INCAPACIDAD<br>Enfermedad general | DATOS DEL DIAGNÓSTICO<br>B088 - OTRAS INFECCIONES VIRALES |
| OBSERVACIÓN<br>INCAPACIDAD ESCOLAR | |
| DÓNDE Y QUIÉN LA EXPIDE | |
| BATALLÓN DE TRANSPORTES "BATALLA DE TARAPACÁ"<br>NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD (IPS CONTRATADA) | BOGOTA, D.C. Cindy Torres Vargas Medico General C.C. 1018400006<br>CIUDAD |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CINDY LILIAN TORRES VARGAS<br>NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD | 255155/2012<br>No. REGISTRO PROFESIONAL | FIRMA Y SELLO | 10/08/2025 17:27:44<br>FECHA DE EXPEDICIÓN |

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: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Párvulos NUIP: 1023991694 NIÑA O NIÑO: Zoe Tatiana Muñoz Trujillo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Lizeth Dayana Muñoz Trujillo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Mercedes Trujillo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Martha Torres - Tatiana Cuellar

| 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 |
|---|---|---|---|
| 11/08/2025 | 9:00 a.m | J.I.C portal de los sueños | Siendo las 9:00 a.m se realiza llamada telefónica al 3209062187 en el cual contesta la Sra. Lizeth Muñoz mamá de Zoe Muñoz le refiere a la profesional de atención a la P.I Martha Torres que la niña presenta fiebre de 38°C desde ayer se dirige para urgencias para que le digan el por qué de la fiebre, cualquier novedad se compromete a informar. 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 |
|---|---|
| Martha Torres Profesional de atención a P.I | N/A |

| 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 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-Jardín NUIP: 1033931210 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 X | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 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 |
|---|---|---|---|
| 08/08 2025 | 10:00 am | JIC Portal de los Sueños | Siendo las 10:00 am se realiza la llamada al Número 3202006261 de la Sra monica pero no se optiene 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 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 X | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 11/08 2025 | 10:00 am | JIC. Portal de los Sueños | Siendo las 10:000m Se realiza la llamada al numero 3202006261 de la Sra monica Bautista pero no se optiene 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. 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 I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: B.UU UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly vargas
NIVEL: Prejardin NUIP: 1206272799 NIÑA O NIÑO: Alianis Alejandra Calsadilla Diaz.
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Grisel Diaz.
ACUDIENTE PRINCIPAL: Grisel Diaz 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 |
|---|---|---|---|
| 04/08 2025 | 7:42 am | Jic portal de los Sueños | Siendo las 7:42 am se Comunica por whatsapp la Sra Grisel Diaz mamá de la niña Alejandra y ella refiere que la niña presento Fiebre y por eso no asistira al jardín, se le reverda 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 | 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 | 7:46 am | Jic Portal de los sueños | Siendo las 7:46 se acerca a la unidad operativa la Sra Grisel Díaz mamá de la niña Alejandra y ella refiere que la niña ya esta bien que no volvio a presentar Fiebre en la noche se tendra en observacion durante el día, la niña ingresa Física y emocionalmente bien 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. | Grisel Diaz. 19372841 |

| 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 | 4:05 | Jic portal de los sueños | Siendo las 4:05 pm se acerca la Sra Grisel Díaz mamá de la niña alejandra y la profesional de A.P.I. le informa que la nina estuvo bien. Consumio todos los alimentos, Participo de la experiencia pedagogica Comparte con los Compañeros, la niña sale bien Física y emocionalmente en Compañia de su mamá en este punto se da Cierre a la novedad por inasistencia. |

| 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. | Grisel Diaz. 19372841 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 11/08 2025 | 8:40 am | Jic portal de los Sueños | Siendo las 8:40 am se Comunica por whatsapp la Sra Grisel Diaz mama de la niña Alejandra Calzadilla y ella refiere que no trajo la niña porque le salio un dia de trabajo y no tenia quien la trajera y la recogiera, Se le reverda 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.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.UU UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Pre-jardín NUIP: 7912597 NIÑA O NIÑO: Theremit Samunel perez Mañez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Susan Mañez
ACUDIENTE PRINCIPAL: Susan Mañez 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 |
|---|---|---|---|
| 08/08 | 12:35 pm | Jic portal de los sueños | Siendo las 1235pm se acerca la Sra Susan Mañez mamá de Theremit para retirar al niño ya que fue vacunado con las vacunas de influenza y la de los 5 años, a la cual se le refiere que puede presentar Fiebre y malestar, se le recuerda informar Cualquier Novedad Se hace entrega de paquete, leche, pañale y pera 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.P.I. | C.C. 7912589 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 11/08 | 08:20 am | Jic portal de los sueños | Siendo las 8:20 am se Comunica por whatsapp la Sra Susan mañez mamá de Theremit perez y ella refiere que Theremit tuvo mucha fiebre y el brazo se le inflamo mucho y se puso muy rojo, por lo que lo dejara en casa en Cuidado hay, 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 |
|---|---|---|---|
| 12/08 2025 | 7:43 am | Jic portal de los sueños | Siendo las 7:43 am se acerca a la unidad operativa el señor papá de, Theremit y se refiere que el niño ya esta bien no presenta fiebre, se observara durante el día, el niño ingresa bien física y emocionalmente 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. | C.C. 19.441690 |

| 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 I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD 18 UNIDAD OPERATIVA: portal Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Prejardín NUIP: 1033830239. NIÑA O NIÑO: Ian Alexander López Barbosa

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Paola López PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Edna López.

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X5 | 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 NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 08 2025 | 7:15 am | JIC PORTAL SUEÑOS | Hoy la Señora Paola López se comunica al número 3138661655 a través de whats App e informa a la profesional Edna López que hoy no asistira al jardín su hijo Ian López ya que estuvo indispuesto en la noche presenta dolor abdominal y vómito, lo mantendra bajo observación y ante cualquier eventualidad avisara a la profesional, en este momento el niño está bajo cuidado en casa. 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 | X5 | 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 |
|---|---|---|---|
| 11 08 2025 | 11:30 am | JIC PORTAL SUEÑOS | Hoy se acerca la Señora Paola López madre de Ian López e informa a la profesional que su hijo presenta un brote en boca, pies y manos, lo ha tenido bajo observación en casa y no ha presentado Fiebre, ningún síntoma más sin embargo la profesional le sugiere llevar al niño al médico para que conozca su diagnóstico, la madre refiere que ahorita ingresa a trabajar y no lo puede llevar mañana se acercará al Servicio de urgencias. |

| 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. | - Paola lopez Barbosa<br>- 1033812849 |

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

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

NIVEL: Prejardin NUIP: 1015487725 NIÑA O NIÑO: Sofia Bonillas Navarrete

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Lina Navarrete

ACUDIENTE PRINCIPAL: Lina Navarrete PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Edna López

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | X5 | 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 |
|---|---|---|---|
| 08 08 2025 | 9:20 am | JIC PORTAL SUEÑOS | Hoy la señora Lina Navarrete se comunica a través de Whats App al número 3138661655 donde informa a la profesional Edna López que su hija no asistirá el día de hoy a la unidad operativa ya que se fue con su abuela a Bosa. El día lunes regresará con normalidad. 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 | 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 |
|---|---|---|---|
| 11 08 2025 | 9:20 am | JIC PORTAL SUEÑOS | Hoy la señora Lina Navarrete se comunica a través de Whats App al número 3138661655 donde le informa a la profesional Edna López que su hija no asistirá hoy al jardín ya que el día de ayer presentó fiebre, estará cuidandola en casa y ante cualquier eventualidad y que deba acudir al médico se lo hara saber a la profesional de inmediato. 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 |
|---|---|
| | - 1000271065 |

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

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

NIVEL: Piejardín NUIP: 1031188141 NIÑA O NIÑO: Cristianns Carlaya Portillo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yustreidy Portillo.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yustreidy Portillo 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 |
|---|---|---|---|
| 11 08 2025 | 9:40 am | JIC PORTAL SOÑOS | Hoy la profesional intenta establecer comunicación con el número 3148542255 más sin embargo no contestan, marca tres veces y finalmente se va a correo de voz, también escribió por whats App pero tampoco hay 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 |
|---|---|
| Edna López Profesional API | 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