| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300: 20/05/2021<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

LOCALIDAD: USME UNIDAD OPERATIVA: JIC VOZ DE ALERTA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: XIOMARA ALEXANDRA PINZÓN NIÑO

NIVEL: Grados B NUIP: 1028676066 NIÑA O NIÑO: Ahilin Suliana Rojas Zambrano

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Zambrano PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Conuelo Ospina - Monica Padilla

| 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 |
|---|---|---|---|
| 20/08/2025. | 09:10 | Hogar abuelita. | Siendo las 09:10 se lleva a cabo llamada telefónica a la señora Angie Zambrano al teléfono 3123878979. para preguntar motivo de inasistencia al responder indica que no tenia quien se la recojiera el dia de hoy ya que presentó inconvenientes con la persona que le hace el favor. lo adriongará y dará aviso. se informa que esto queda bajo novedad. la cual hasta aquí va. |

| 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. Monica Padilla | 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 - 20/05/2021
Página: 1 de 1

LOCALIDAD: USME UNIDAD OPERATIVA: JIC VOZ DE ALERTA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: XIOMARA ALEXANDRA PINZÓN NIÑO

NIVEL: Párvulos B NUIP 1023049342 NIÑA O NIÑO: Ethan Yesid Velandia Rugeles

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Ivonn Vanessa Rugeles Calderon

ACUDIENTE PRINCIPAL: María Santos Calderon PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yhonica Rodriguez - Consuelo Ospina

| 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 | | | | | | | | | | | |
| 13/08/2025 | 11:00 | Viaje España | Siendo las 11:00 horas se llama al número telefonico 3022074945 correspondiente a la señora madre Ivon Rugeles quien informa "que el niño se encuentra bien y que aún estan en España y que no hay ninguna novedad con Ethan". Se le indica a la señora madre que esta información quedará bajo novedad. Hasta este punto va 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 |
|---|---|
| Consuelo Ospina. Profesional de atención a la Primera Infancia. MDZ. | 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 | | | | | | | | | | | |
| 19/08 2025 | 16:41 | Voz de Alerta | Siendo las 16:41 Se realiza llamada a la señora Ivon Rugeles al número telefónico 3022074945 para preguntarle motivo de inasistencia, del que termina su permiso por motivo de viaje. Se realizaron intentos durante toda la jornada pero no fué posible la comunicación. Se deja correo de voz y mensaje de whatsApp. para dar estado del niño. Hasta este punto va 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 |
|---|---|
| Profesional de atención a la primera infancia. Monica Rodriguez A. | 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 | | | | | | | | | | | |
| 20/08 2025 | 11:00 | España | Siendo las 11:00 la señora Ivon Rugeles, madre del niño, responde al llamado que se realizó durante el resto de la mañana del teléfono 3022074945, informando que se le presentó una dificultad con el vuelo y por este motivo se reprogramo su viaje, saldrá de España el dia 22/08/2025, aún en horario desconocido, indica que el niño no presenta novedad, se informa que esto bajo novedad se registra, lo cual hasta aquí va. | | | | | | | | | | | |

| 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 Monica Rodriguez A. | 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

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

CALIDAD: USME UNIDAD OPERATIVA: JIC VOZ DE ALERTA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: XIOMARA ALEXANDRA PINZÓN NIÑO

NIVEL: Rinconcito B NUIP: 1058787267 NIÑA O NIÑO: Eulices Alejandro Mata Padrino

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Eulismar del Carmen Padrino Obis

CUIDANTE PRINCIPAL: Frangel Garcia PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Mónica Rodriguez - Consuelo Ospina

| 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 |
|---|---|---|---|
| 14/08/2025 | 16:05 | Jardín Salón | Siendo las 16:05 horas se le informa al señor acudiente Frangel Garcia que en el transcurso del día el niño estuvo bien de ánimo, consumió con agrado todos los alimentos y participo de las actividades pedagógicas. El niño sale sin ninguna novedad física y por todo lo anterior se hace cierre de la novedad que se dio inicio el día 13/08/2025 |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Consuelo Ospina - Profesional de atención a la Primera Infancia. MM. | Frangel Garcia 321827444 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| 20/08 2025 | 09:50 | Hogar. | Siendo las 09:50 se realiza llamada a la señora Eulismar Padrino madre del niño, al teléfono 3229047068, para preguntar motivo de inasistencia por parte del niño, al responder refiere que hoy es su dia de descanso y la pasara con su hijo, adicional a esto, irá a realizar la gestión del PPT, mencona trae una razón relacionada con esta gestión se informa que esto queda bajo novedad, la cual hasta este punto va. |

| 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. Monica Rodriguez A. | 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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

CIUDAD / ZONA: UNIDAD OPERATIVA: JAC VOZ DE ALERTA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: NOMBRE ALEXANDRA PINZON NIÑO

NIÑA O NIÑO: Thiago Daniel Martinez Garza. NUIP 1247702731

MADRE PADRE CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Ingrid Martinez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Ingrid Martinez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIÑO: Consuelo Ospina - Monica Rodriguez

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 19/08/2025 | 07:70 | Hogar | Siendo las 07:70 la señora, Ingrid Martinez, mamá del niño, se comunica del teléfono 3209970613 indicando que su hijo no asistirá el día de hoy, ya que el día 16/08/2025, fue llevado a urgencias por presentar dolor, el diagnostico, según expresa la señora Ingrid es otitis, que ocasiona inflamación en la garganta, le brindaron reclamento e incapacidad que inicia desde este día a siete días después, finalizando |

| 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 ruta SI / NO | Se realizó activación de ruta SI / NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| NO aplica | NO aplica | NO aplica | Siendo con la novedad El día 22/08/2025. Al momento se encuentra estable, reportando la señora Ingrid que no se ha bajado la inflamación en su garganta. Hace llegar incapacidad via whatsApp, la cual se anexa a novedad. la cual hasta este punto va. |

| 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 Monica Rodriguez A | No aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 20/08/2025 | 09:25 | Hogar. | Siendo las 09:25 se realiza llamada a la Señora Ingrid Martinez mamá del niño al telefono 3209970613, para saber estado de salud del niño, indicando que ya esta mejor, disminuyen considerablemente las inflamaciones que estan debajo de sus oidos, Asi como de costumbre en sus actividades cotidianas. Se informa que este queda bajo novedad, la cual hasta aqui va. |

| 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. Monica Rodriguez A | No aplica |

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Se realizó activación de ruta 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. | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

LOCALIDAD: USME  UNIDAD OPERATIVA: JIC VOZ DE ALERTA  RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: XIOMARA ALEXANDRA PINZÓN NIÑO

NIVEL: Párvulos B  NUIP: 1033831553  NIÑA O NIÑO: Valery Juliana Tolosa Moreno

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Michell Dayana Moreno

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alba Gaviria  PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Mónica Rodríguez - Consuelo Ospina

| TIPO DE NOVEDAD | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 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** | | | | | | | | | | | |
| 14/08/2025 | 08.05 | Jardín salón | Siendo las 08:05 se acercó al jardín la señora acudiente Alba Gaviria con la niña y se evidencia que trae el brazo izquierdo con un color amarillo verdoso más claro causado por la silla. La niña ingresa aparentemente bien de ánimo. Se observará en el transcurso del día. Hasta este punto va 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** | | | | | | | | | | | |
| Consuelo Ospina. Profesional de atención a la primera infancia. [firma] | | | Alba Gaviria 52937863 | | | | | | | | | | | |

| TIPO DE NOVEDAD | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 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** | | | | | | | | | | | |
| 14/08/2025 | 16:10 | Jardín salón | Siendo las 16:10 horas se le informa a la señora acudiente Alba Gaviria que en el transcurso del día la niña estuvo bien de ánimo, consumió con agrado todos los alimentos y participó de las actividades pedagógicas. La niña sale con un leve golpe de color amarillo verdoso en el brazo izquierdo causado con la silla. La niña sale bien de ánimo por sus propios medios. Hasta este punto va 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** | | | | | | | | | | | |
| Consuelo Ospina. Profesional de atención a la primera infancia. [firma] | | | Alba Gaviria 52937863 | | | | | | | | | | | |

| TIPO DE NOVEDAD | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 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** | | | | | | | | | | | |
| 19/08 2025 | 08:45 | Voz de Alerta | Siendo las 08:45 se evidenció el brazo de la niña observándose que ya está bien, se evidenció hematoma leve, sin complicación, no le han aplicado nada, teniendo en cuenta que no lo consideraron necesario, por lo anterior se da cierre a novedad que inició el día 12/08/2025. | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD** | | | **NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR** | | | | | | | | | | | |
| Profesional de atención a la primera infancia. Mónica Rodríguez [firma] | | | Alba Gaviria 52937863 | | | | | | | | | | | |

| 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** | | | | | | | | | | | |
| 20/08 2025. | 10:00 | Hogar. | Siendo las 10:00 se realiza llamada a la señora Alba Gaviria mamá de la niña al teléfono 3222335316 para indagar motivo de inasistencia, al responder indica que la niña tiene una cita, hacia la media mañana, en la actualidad se encuentra bien sin novedad alguna, mañana traerá soporte correspondiente. Se informa que esto queda bajo novedad, la cual hasta este punto va. | | | | | | | | | | | | |
| **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. Mónica Rodríguez [firma] | | | No aplica. | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner