REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

BIENESTAR FAMILIAR

Huellas de Amor Para Tu Vida

NOMBRE DE LA EAS	CORHUELLAS	AÑO: 2025	NOMBRE DEL HOGAR COMUNITARIO:	Mis Travesuras	NUMERO DE CONTRATO DE APORTE: 4100700202024
NOMBRE MADRE COMUNITARIA	Alba luz Zuñiga Scarpetta		NOMBRE DE PARTICIPANTE	Oscar Bliñez Rodriguez	MUNICIPIO: Popayan

a) Accidentes.	b) Cambios en los estados de salud.	c) Cambios en el estado emocional.	d) Razones de inasistencia a los encuentros (para lo cual se debe realizar llamada telefónica e indagar la razón de inasistencia para ser registradas)	e) Razones de llegadas tarde	f) Incapacidades .
g) Administración de Medicamentos por cuidadores principales (bajo formula medica	h) Casos en los que niñas y niños no cuenten con registro civil o las mujeres y personas en estado de gestacion no cuenten con documento de identificacion	i) Casos de participantes que no cuenten con soporte de afiliación en salud.	j) Casos de niñas, niños que no cuentan con certificación de asistencia a la valoración integral o de mujeres y personas en estado de gestacion que no cuentan con la consulta de atencion para el cuidado prenatal (controles prenatales)	k) Casos de participantes que no cuentan con el soporte de aplicación del esquema de vacunacion de acuerdo con la edad o semanas gestacionales	l) Otras que se considere

Fecha	Sigla de la Novedad	Datos del Participante	Descripción del evento en la que se detalle la situación y los involucrados.	Firma de quien registra el evento.	Firma del padre, madre o cuidador del menor	compromisos	Acciones de seguimiento
02-10 2025	d	Oscar Bliñez Rodriguez 1.084.902.616	la señora carolina Rodriguez informa que no envia al niño porque esta con dolor de estomago y vuelto.	Alba Luz Zuñiga	Yenny Cano y Inocencio Zuñiga	•Se recomienda llevarlo al médico. y seguir las recomendaciones	

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

BIENESTAR FAMILIAR

Huellas de Amor Para Tu Vida

NOMBRE DE LA EAS	CORHUELLAS	AÑO: 2025	NOMBRE DEL HOGAR COMUNITARIO:	Mis travesuras	NUMERO DE CONTRATO DE APORTE: 41007002024
NOMBRE MADRE COMUNITARIA	Alba luz Zuñiga		NOMBRE DE PARTICIPANTE	Maria Isabel Briñez Pena	MUNICIPIO: Oporapa
a) Accidentes.	b) Cambios en los estados de salud.	c) Cambios en el estado emocional.	d) Razones de inasistencia a los encuentros (para lo cual se debe realizar llamada telefónica e indagar la razón de inasistencia para ser registradas)	e) Razones de llegadas tarde	f) Incapacidades
g) Administración de Medicamentos por cuidadores principales (bajo formula medica	h) Casos en los que niñas y niños no cuenten con registro civil o las mujeres y personas en estado de gestacion no cuenten con documento de identificacion	i) Casos de participantes que no cuenten con soporte de afiliación en salud.	j) Casos de niñas, niños que no cuentan con certificación de asistencia a la valoración integral o de mujeres y personas en estado de gestacion que no cuentan con la consulta de atencion para el cuidado prenatal (controles prenatales)	k) Casos de participantes que no cuentan con el soporte de aplicación del esquema de vacunacion de acuerdo con la edad o semanas gestacionales	l) Otras que se considere

Fecha	Sigla de la Novedad	Datos del Participante	Descripción del evento en la que se detalle la situación y los involucrados.	Firma de quien registra el evento.	Firma del padre, madre o cuidador del menor	compromisos	Acciones de seguimiento
23 de Octubre	i	Maria Isabel Briñez Pena 1084 90 21 43	La señora Diana Peña me informa que la niña estaba jugando con el perro y la mordio en el labio	Alba Luz Zuñiga	Diana Milena Pena R.	se le recomienda llevarla al medico. ella dice que ella no la lleva porque eso no pasa nada	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

Huellas de Amor Para Tu Vida

NOMBRE DE LA EAS	CORHUELLAS	AÑO: 2025	NOMBRE DEL HOGAR COMUNITARIO:	Mis travesuras	NUMERO DE CONTRATO DE APORTE: 41007002024
NOMBRE MADRE COMUNITARIA	Alba luz Zuñiga		NOMBRE DE PARTICIPANTE	Isabel Sofia Muñoz Mazabel	MUNICIPIO: Oporapa

a) Accidentes.	b) Cambios en los estados de salud.	c) Cambios en el estado emocional.	d) Razones de inasistencia a los encuentros (para lo cual se debe realizar llamada telefónica e indagar la razón de inasistencia para ser registradas)	e) Razones de llegadas tarde	f) Incapacidades .
g) Administración de Medicamentos por cuidadores principales (bajo formula medica	h) Casos en los que niñas y niños no cuentan con registro civil o las mujeres y personas en estado de gestacion no cuenten con documento de identificacion	i) Casos de participantes que no cuenten con soporte de afiliación en salud.	j) Casos de niñas, niños que no cuentan con certificación de asistencia a la valoración integral o de mujeres y personas en estado de gestacion que no cuentan con la consulta de atencion para el cuidado prenatal (controles prenatales)	k) Casos de participantes que no cuentan con el soporte de aplicación del esquema de vacunacion de acuerdo con la edad o semanas gestacionales	l) Otras que se considere

Fecha	Sigla de la Novedad	Datos del Participante	Descripción del evento en la que se detalle la situación y los involucrados.	Firma de quien registra el evento.	Firma del padre, madre o cuidador del menor	compromisos	Acciones de seguimiento
23 de Octubre	d	Isabel Sofia Muñoz Mazabel 1084902592	La señora kinverly me informa que no envia a la niña Porque estaba haciendo unas cosas y se le hizo tarde	Alba Luz Zuñiga	Kinverly Mazabel Bolaños	Supervición en todo momento.	
27 de Octubre	1	Isabel Sofia Muñoz Mazabel 1084902592	La niña llego con una raspadura en el brazo izquierdo la madre manifiesta que se cayo y tambien se golpeo la frente	Alba Luz Zuñiga	Kinverly Mazabel Bolaños	se le recomienda mayor supervición	

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

BIENESTAR FAMILIAR

Huellas de Amor Para Tu Vida

NOMBRE DE LA EAS	CORHUELLAS	AÑO: 2025	NOMBRE DEL HOGAR COMUNITARIO:	Mis travesuras		NUMERO DE CONTRATO DE APORTE: 41007082024	
NOMBRE MADRE COMUNITARIA	Alba luz Zuñiga		NOMBRE DE PARTICIPANTE	Miguel Angel Briñez Rodriguez		MUNICIPIO: Oporapa	
a) Accidentes.	b) Cambios en los estados de salud.	c) Cambios en el estado emocional.	d) Razones de inasistencia a los encuentros (para lo cual se debe realizar llamada telefónica e indagar la razón de inasistencia para ser registradas)		e) Razones de llegadas tarde	f) Incapacidades .	
g) Administración de Medicamentos por cuidadores principales (bajo formula medica	h) Casos en los que niñas y niños no cuentan con registro civil o las mujeres y personas en estado de gestacion no cuenten con documento de identificacion	i) Casos de participantes que no cuenten con soporte de afiliación en salud.	j) Casos de niñas, niños que no cuentan con certificación de asistencia a la valoración integral o de mujeres y personas en estado de gestacion que no cuentan con la consulta de atencion para el cuidado prenatal (controles prenatales)		k) Casos de participantes que no cuentan con el soporte de aplicación del esquema de vacunacion de acuerdo con la edad o semanas gestacionales	l) Otras que se considere	

Fecha	Sigla de la Novedad	Datos del Participante	Descripción del evento en la que se detalle la situación y los involucrados.	Firma de quien registra el evento.	Firma del padre, madre o cuidador del menor	compromisos	Acciones de seguimiento
27 de octubre 28 de Octubre	d	Miguel Angel Briñez Rodriguez	La señora leidy me informa que no envia al niño porque se golpeo la cara con una moto y se enterro un chuso en el pie		leidi rodriguez.	Mayor supervición durante el juego	