| 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 |
|---|---|---|---|
| 10-04 2026 | 7:20 | J.I.C EMANUEL | NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS, EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE INFORMA A LA MAMÁ LA SEÑORA: LEIDY M - LEIVA N IDENTIFICADA CC:1016054807 QUE TIENE PENDIENTE EN SU HISTORIA SOCIAL EL CERTIFICADO DE VALORACION INTEGRAL (MEDICO - VISUAL - AUDITIVO - CLEC Y DSLLO) YA QUE SU FECHA YA VENCIO POR TAL MOTIVO ES NECESARIO PEDIR CITA EN SU EPS PARA OBTENER CERTIFICADO CORRESPONDIENTE CONTANDO CON UN PLAZO DE 1 MES PARA EJECUCION DEL MISMO. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Karent Milan P Profesional | Leidy Leiva 1016054807 |

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

| 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 ____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD | | | | | | | | | | | |
| 10-04 2026 | 700 | J.I.C EMANUEL | NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS, EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE INFORMA A LA MAMÁ LA SEÑORA: GERALDINE ENCISO IDENTIFICADA CC: 1000323081 QUE TIENE PENDIENTE EN SU HISTORIA SOCIAL EL CERTIFICADO DE VALORACION INTEGRAL (MEDICO - VISUAL - AUDITIVO - CREC Y DSLLO) YA QUE SU FECHA YA VENCIO POR TAL MOTIVO ES NECESARIO PEDIR CITA EN SU EPS PARA OBTENER CERTIFICADO CORRESPONDIENTE CONTANDO CON UN PLAZO DE 1 MES PARA EJECUCION DEL MISMO. | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Karent Millan P Profesional ADI | 1000323081 |

| 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 | | | | | | | | | | | |
| 13 04 2026 | 7.52 | J.I.C. Emanuel. | SEGUIMIENTO NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS DEL 10/04/2026 EL DIA DE HOY LA MAMA DE LA NIÑA LA SEÑORA GERALDINE ENCISO HACE ENTREGA DEL CERTIFICADO DE VALORACION INTEGRAL EMITIDO POR SU ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COMPENSAR, AUTORIZ PENDIENTE SOLO EL CERTIFICADO ODONTOLÓGICO. SE SOCIALIZA LA NOVEDAD HASTA ESTE PUNTO LLEGA EL DILIGENCIAMIENTO DE 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 |
|---|---|
| Karent Millan P Profesional ADI | 1000323081 |

| 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 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

MADRE/PADRE/CUIDA

ACUDIENTE PRINCIPAL: ISABEL LEON PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: KARENT L. MILLAN P.

| 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 |
|---|---|---|---|
| 10-04 2026 | 7.50 | J.I.C EMANUEL | NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS, EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE INFORMA A LA MAMÁ LA SEÑORA: ISABEL C-LEON IDENTIFICADA CC:1112099448 QUE TIENE PENDIENTE EN SU HISTORIA SOCIAL EL CERTIFICADO DE VALORACION INTEGRAL (MEDICO-VISUAL-AUDITIVO-CLEC Y DSLLO) YA QUE SU FECHA YA VENCIO POR TAL MOTIVO ES NECESARIO PEDIR CITA EN SU EPS PARA OBTENER CERTIFICADO CORRESPONDIENTE CONTANDO CON UN PLAZO DE 1 MES PARA EJECUCION DEL MISMO. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Karent L Millan P Profesional | Isabel Leon 1112099448 |

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| 10-04 2026 | 7:32 | J.I.C EMANUEL | NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS, EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE INFORMA A LA MAMÁ LA SEÑORA: ELEOSMARY RODRIGUEZ IDENTIFICADA CC 5473356 QUE TIENE PENDIENTE EN SU HISTORIA SOCIAL EL CERTIFICADO DE VALORACION INTEGRAL (MEDICO - VISUAL - AUDITIVO - CRECYDSLLO) YA QUE SU FECHA YA VENCIO POR TAL MOTIVO ES NECESARIO PEDIR CITA EN SU EPS PARA OBTENER CERTIFICADO CORRESPONDIENTE CONTANDO CON UN PLAZO DE 1 MES PARA EJECUCION DEL MISMO. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Karent Milan P Profesional | Eleosmary Rodriguez CC 5473356 |

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ GRADO DEL NIVEL: KAREN L. MILLAN P.

| 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 | | | | | | | | | | | |
| 10-04 2026 | 7:52 | J.I.C ENANUEL | NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS, EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE INFORMA A LA MAMÁ LA SEÑORA: LAURA A. DE LA PAZ IDENTIFICADA CC: 1026293907 QUE TIENE PENDIENTE EN SU HISTORIA SOCIAL EL CERTIFICADO DE VALORACION INTEGRAL (MEDICO - VISUAL - AUDITIVO - CREC Y DSLLO) YA QUE SU FECHA YA VENCIO POR TAL MOTIVO ES NECESARIO PEDIR CITA EN SU EPS PARA OBTENER CERTIFICADO CORRESPONDIENTE CONTANDO CON UN PLAZO DE 1 MES PARA EJECUCION DEL MISMO. | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Karen L Millan P Profesional | [illegible] 1026293907 |

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ ENCARGADO DEL NIVEL: KAREN L. MILLAN P.

| 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 |
|---|---|---|---|
| 10-04 2026 | 840 | J.I.C EMANUEL | NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS, EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE INFORMA A LA MAMÁ LA SEÑORA: CINDY M. GONZALEZ IDENTIFICADA CC: 1016077199 QUE TIENE PENDIENTE EN SU HISTORIA SOCIAL EL CERTIFICADO DE VALORACION INTEGRAL (MEDICO - VISUAL - AUDITIVO - CREC Y DSLLO) YA QUE SU FECHA YA VENCIO POR TAL MOTIVO ES NECESARIO PEDIR CITA EN SU EPS PARA OBTENER CERTIFICADO CORRESPONDIENTE CONTANDO CON UN PLAZO DE 1 MES PARA EJECUCION DEL MISMO. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Karen L Millan P Profesional | Cindy Gonzalez. 1016077199 |

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ DOCENTE NIVEL: KAREN L. MILLAN P.

| 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 _____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 10-04 2016 | 7.27 | J.I.C ENANUEL | NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS, EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE INFORMA A LA MAMA LA SEÑORA. LUISA F. SUAREZ IDENTIFICADA: CC 1000686367 QUE A LA FECHA TIENE PENDIENTE EL CERTIFICADO ODONTOLOGICO EN LA HISTORIA SOCIAL POR TAL MOTIVO A PARTIR DE HOY TIENE 1 MES PARA SOLICITAR CITA Y INFORMAR A LA PROFESIONAL, ASISTIR Y OBTENER EL CERTIFICADO TRAERLO COMO SOPORTE, A LO CUAL ESTA DE ACUERDO LEE Y FIRMA |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Karen L Millan P Profesional API | Luisa Suarez 1000686367 |

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

MADRE/PADRE

ACUDIENTE PRINCIPAL: LIZMAR ZAMBRANO PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: KARENT L. MILLAN P.

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 10-04 2026 | 7.50 | J.I.C ENANUEL | NOVEDAD CERTIFICADOS MEDICOS, EL DIA DE HOY LA PROFESIONAL LE INFORMA A LA MAMA LA SEÑORA. LIZNAR ZABRANO IDENTIFICADA: CC 1020844773 QUE A LA FECHA TIENE PENDIENTE EL CERTIFICADO ODONTOLOGICO EN LA HISTORIA SOCIAL POR EL MOTIVO A PARTIR DE HOY TIENE 1 MES PARA SOLICITAR CITA Y INFORMAR A LA PROFESIONAL, ASISTIR Y OBTENER EL CERTIFICADO TRAERLO COMO SOPORTE, A LO CUAL ESTA DE ACUERDO LEE Y FIRMA |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Karent L Millan P Profesional APJ | Lizmar Zambrano 1020844773 |

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