**Fundación Fraternidad**

*Servicio Social y Cumplimiento*

NIT 900-135.278-5

BIENESTAR FAMILIAR

***FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES***
***CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL***

**NOMBRE DEL USUARIO:** Emily Celeste Nuñez **AGENTE EDUCATIVO:** Lu Oemy Vargas **MODALIDAD:** Institucional

**NOMBRE UDS:** TERNURITAS I **CODIGO DE LA UDS:** 8656800099085 **TIPO DE USUARIO: Niño:** _____ **Niña:** X

| FECHA DE REPORTE | HORA AM | HORA PM | TIPO DE NOVEDAD *Descripción del evento o situación/Involucrados* | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR | ACCIONES DE SEGUIMIENTO | COMPROMISOS | CIERRE DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20-4-26 | X | | La participante no asiste al CDI | Lu Oemy | | Se llama a la madre para preguntar por el motivo de la inasistencia, la abuela quien responde dice que tiene gripa y que va a esperar a que mejore en casa | Reportar cualquier novedad | |
| 21-4-26 | X | | la participante no asiste nuevamente al CDI | Lu Oemy | | Se realiza llamada a la abuela para preguntar como sigue la niña y dice que presenta fiebre y malestar, toz. y no quiere comer. Se notifica a la nutricionista. | | |

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN FRATERNIDAD

# Fundación Fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5

BIENESTAR FAMILIAR

| FECHA DE REPORTE | HORA AM | HORA PM | TIPO DE NOVEDAD *Descripción del evento o situación/Involucrados* | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR | ACCIONES DE SEGUIMIENTO | COMPROMISOS | CIERRE DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21-4-26 | | X | Seguimiento por inasistencia debido a enfermedad | Daniela Bubar | | Se realiza llamada telefónica a la madre para concertar visita en el hogar, sin embargo no fue posible debido a que se encontraba realizando diligencias y retornaba en horas de la noche. | Reportar la H-E para conocer que fue atendida y evidenciar novedades de su estado de salud | |
| | | | | | | Se indaga durante la llamada el estado de la niña refiriendo que esta baja de apetito con síntomas de gripa. se orienta en que debe verla el médico dado a que viene de un dx de Riesgo de dnt y | | |
| | | | | | | es muy probable que baje de peso. Madre dice que para cita con medico general, horas mas tarde abuela Heiferona que la cita se la dieron el dia 23-4-2026. | | |

Powered by CamScanner

FUNDACION FRATERNIDAD

# Fundación Fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5

BIENESTAR FAMILIAR

***FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES***
***CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL***

**NOMBRE DEL USUARIO:** Emily Celeste Nuñez **AGENTE EDUCATIVO:** Lic Dennis Vargas **MODALIDAD:** Institucional

**NOMBRE UDS:** TERNURITAS I **CODIGO DE LA UDS:** 8656800099085 **TIPO DE USUARIO: Niño:** _____ **Niña:** X

| FECHA DE REPORTE | HORA AM | HORA PM | TIPO DE NOVEDAD *Descripción del evento o situación/Involucrados* | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR | ACCIONES DE SEGUIMIENTO | COMPROMISOS | CIERRE DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22-4-26 | X | | la participante no asiste al cdi | Lic Denny | | Se realiza llamada telefónica a la abuela quien dice que no la trajo porque se está recuperando en casa y que mañana tiene cita médica | Informar el estado de salud cuando la lleve al médico | |
| 23-4-26 | X | | Seguimiento | Lic Denny | | Se llama a la madre y dice que no la trae porque va por la cita médica. | Apenas la lleve reporta la novedad | |

Powered by CamScanner

# Fundación Fraternidad

Servicio Social y Cumplimiento

NIT 900-135.278-5

BIENESTAR FAMILIAR

| FECHA DE REPORTE | HORA | | TIPO DE NOVEDAD *Descripción del evento o situación/Involucrados* | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR | ACCIONES DE SEGUIMIENTO | COMPROMISOS | CIERRE DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | AM | PM | | | | | | |
| 23-4-26. | | X | Seguimiento al estado de salud de la participante | | | Se realiza llamada a la madre para saber como le fue en la cita pero no se tiene respuesta.<br>Siendo las 4:00 pm la abuela llega al CDI | Recibir visita en el hogar por parte del equipo interdisciplinario | |
| | | | | | | para entregar el soporte de la Historia Clinica en donde se evidencia Dx de Desnutrición aguda moderada, la abuela refiere que por decisión voluntaria la retira para poder cuidarla en casa. | | |
| | | | | | | Se orienta y sensibiliza de continuar en el servicio para poder apoyar en el mejoramiento del estado nutricional sin embargo refiere que la cambiará de servicio al SIAOP.<br>Se recalca que se procederá a su desvinculación una vez se realice la debida notificación al ICE | | |

Powered by CamScanner

**Fundación Fraternidad**

*Servicio Social y Cumplimiento*

NIT 900-135.278-5

BIENESTAR FAMILIAR

***FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES***
***CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL***

**NOMBRE DEL USUARIO:** Emly Celeste Nuñez **AGENTE EDUCATIVO:** Luz Deny Vargas **MODALIDAD:** Institucional

**NOMBRE UDS:** TERNURITAS I **CODIGO DE LA UDS:** 8656800099085 **TIPO DE USUARIO: Niño:** _____ **Niña:** X

| FECHA DE REPORTE | HORA AM | HORA PM | TIPO DE NOVEDAD *Descripción del evento o situación/Involucrados* | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR | ACCIONES DE SEGUIMIENTO | COMPROMISOS | CIERRE DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23-4-26 | | X | Seguimiento psicosocial por dx de ont | | | Se sensibiliza a la madre en el momento de acercarse al cbi e identificar el diagnostico, la importancia de seguir vinculada al servicio sin embargo, refiere su decisión de no continuar. Se notifica que se realizará una visita en el hogar con el fin de verificar su contexto sociofamiliar. | Recibir visita en su hogar por parte del equipo, madre entiende y acepta para el dia de mañana 24-4-2026 | |
| | | | | | | | | |

Powered by CamScanner