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

LOCALIDAD: **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1057164545 NIÑA O NIÑO: Abiia Kattaleya Rodríguez Fajardo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Zulay Andrea Reyes Duque

ACUDIENTE PRINCIPAL: Zulay Reyes PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 7:30 A.M | JIC Villa Mary (Aula PVA) | La Sra. Zulay Andrea Reyes identificada con C.C # 52600522 acudiente de Abiia Kattaleya Rodríguez, firma TERCER compromiso ya que a la fecha, se encuentra pendiente la entrega de los siguientes certificados solicitados en el momento de la matrícula: Médico general, visual, auditivo, odontológico y de crecimiento y desarrollo. La acudiente refiere que gestionara las respectivas citas en la EPS y hará entrega de dichos documentos antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F. PROF. ATENCION PRIMERA INFANCIA | CC 52600522 |

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

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

LOCALIDAD: **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1233703068 NIÑA O NIÑO: Alejandro Castrillón Morales

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Mónica Edith Castrillón Morales

ACUDIENTE PRINCIPAL: Mónica Castrillon PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| 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 |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 7:55 A.M. | JIC Villa Mary (Aula PVA) | La Sra. Mónica Edith Castrillón identificada con C.C # 1014251888 mamá de Alejandro Castrillón Morales firma TERCER COMPROMISO ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega de las certificados auditivo y odontológico solicitados en el momento de la matrícula. La madre de familia refiere que gestionará las respectivas citas en la EPS y hará entrega de dichos documentos antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F.<br>PROF. ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | Mónica Castrillón 1014251888 |

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

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

LOCALIDAD: **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1014319789 NIÑA O NIÑO: Anny Anthonella Sánchez Rojas

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Gladys Milena Sánchez Rojas

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alba Gladys Rojas PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 16:05 | JIC Villa Mary (Aula PNA) | La Sra. Gladys Milena Sánchez identificada con C.C # 1014254709 mamá de Anny Anthonella Sánchez firma TERCER COMPROMISO ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega de los siguientes certificados solicitados en el momento de la matrícula: visual, auditivo y de crecimiento y desarrollo. La madre de familia refiere que gestionará las respectivas citas en la EPS y hará entrega de dichos documentos antes del 09 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F.<br>PROF. ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | + Milena Sanchez 1014 254 709 Milenas. |

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

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

LOCALIDAD: **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1233702976 NIÑA O NIÑO: Ariana Celeste Arrieta Alvarez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Genesis Soraya Alvarez Alvarez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Michael Arrieta Restrepo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza: SI _____ NO X | Se realizó activación de ruta: SI _____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 7:50 A.M. | JIC Villa Mary (Aula PVA) | El Sr. Michael Arrieta Restrepo identificado con C.C# 1000154519 papá de Ariana Celeste Arrieta firma TERCER compromiso ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega del certificado odontológico solicitado en el momento de la matrícula. El padre de familia refiere que gestionará la respectiva cita en la EPS y hará entrega de dicho documento antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F.<br>PROF. ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | Michael Arrieta 1000 154 519 |

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

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

LOCALIDAD **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1249969301 NIÑA O NIÑO: Izan Jacobo Farfan Gamboa

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Maria Cristina Gamboa Corredor

ACUDIENTE PRINCIPAL: Diego Alexander farfan PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 16:00 | JIC Villa Mary (Aula PVA) | El Sr. Diego Alexander farfan identificado con C.C# 1015449227 papá de Izan Jacobo farfan firma TERCER COMPROMISO ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega del certificado de crecimiento y desarrollo solicitado en el momento de la matrícula. El padre de familia refiere que gestionará la respectiva cita en la EPS y hará entrega de dicho documento antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F.<br>PROF. ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | 1015449227 |

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

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

LOCALIDAD **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1233702516 NIÑA O NIÑO: Jesús María Reston Salas

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Johanny Salas Muñoz

ACUDIENTE PRINCIPAL: Johanny Salas PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| 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 |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 7:50 A.M. | JIC Villa Mary (Aula P/A) | La Sra. Johanny Salas Muñoz identificada con PPT #4643223 mamá de Jesús María Reston firma SEGUNDO COMPROMISO ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega del certificado odontológico solicitado en el momento de la matrícula. La madre de familia refiere que gestionará la respectiva cita en la EPS y hará entrega de dicho documento antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F.<br>PROF. ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | Johanny Salas 4643223 |

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

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

LOCALIDAD: **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1233703036 NIÑA O NIÑO: María Celeste Hernández Esteban

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Katherine Sofia Esteban Salgado

ACUDIENTE PRINCIPAL: Katherine Esteban PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 7:40 A.M. | JIC Villa Mary (Aula PVA) | La Sra. Katherine Sofia Esteban identificada con C.C.# 1128169942 mamá de María Celeste Hernández firma TERCER compromiso ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega del certificado odontológico solicitado en el momento de la matrícula. La madre de familia refiere que gestionará la respectiva cita en la EPS y hará entrega de dicho documento antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F.<br>PROF. ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | Katherine Esteban<br>1128169942 Katherine Esteban |

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

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

LOCALIDAD: **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1014319563 NIÑA O NIÑO: Matías Andrés Estupiñán García

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: María Paula García Correa

ACUDIENTE PRINCIPAL: Paula García PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 7:20 A.M. | JIC Villa Mary (Aula PVA) | La Sra. María Paula García identificada con C.C # 1002420776 mamá de Matías Andrés Estupiñán, firma TERCER COMPROMISO ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega de los siguientes certificados solicitados en el momento de la matrícula: médico general, visual, auditivo, odontológico y de crecimiento y desarrollo. La madre de familia refiere que solicitará las respectivas citas en la EPS y hará entrega de dichos documentos antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F.<br>PROF ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | María Paula García Correa. 1002420776. |

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

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: **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1065296659 NIÑA O NIÑO: Shaira Zeynep López Arroyo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Claudeth Cristina Arroyo Gamastola

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alexandra González PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| 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 |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 8:00 A.M. | JIC Villa Mary (Aula PVA) | La Sra. Alexandra María González identificada con C.C. # 1068660802 acudiente de Shaira Zeynep López firma TERCER COMPROMISO ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega del certificado odontológico solicitado en el momento de la matrícula. La acudiente refiere que gestionará la respectiva cita en la EPS y hará entrega de dicho documento antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F. PROF. ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | Alexandra M González C.C. 1068660802 |

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

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

LOCALIDAD: **ENGATIVÁ** UNIDAD OPERATIVA: **JARDÍN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY** RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: **LILIANA ARQUEZ FERNANDEZ**

NIVEL: **PÁRVULOS A** NUIP: 1011267161 NIÑA O NIÑO: Yannick Isaac Correa Fontalvo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yenny Tatiana Fontalvo Lopez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Cristian Camilo Correa PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: **GRACE CAROLINA VARGAS FAJARDO**

| TIPO DE NOVEDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | X | Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X | Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01/06/2026 | 7:55 A.M. | JIC Villa Mary (Aula PVA) | La Sra. Yenny Tatiana Fontalvo identificada con C.C # 1007497021 mamá de Yannick Isaac Correa firma TERCER COMPROMISO ya que a la fecha se encuentra pendiente la entrega de los siguientes certificados solicitados en el momento de la matrícula: médico general, visual, auditivo, odontológico y de crecimiento y desarrollo. La madre de familia refiere que gestionará las respectivas citas en la EPS y hará entrega de dichos documentos antes del 08 de julio de 2026. "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 |
|---|---|
| GRACE CAROLINA VARGAS F.<br>PROF. ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | Tatiana Fontalvo 1007497021 |

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