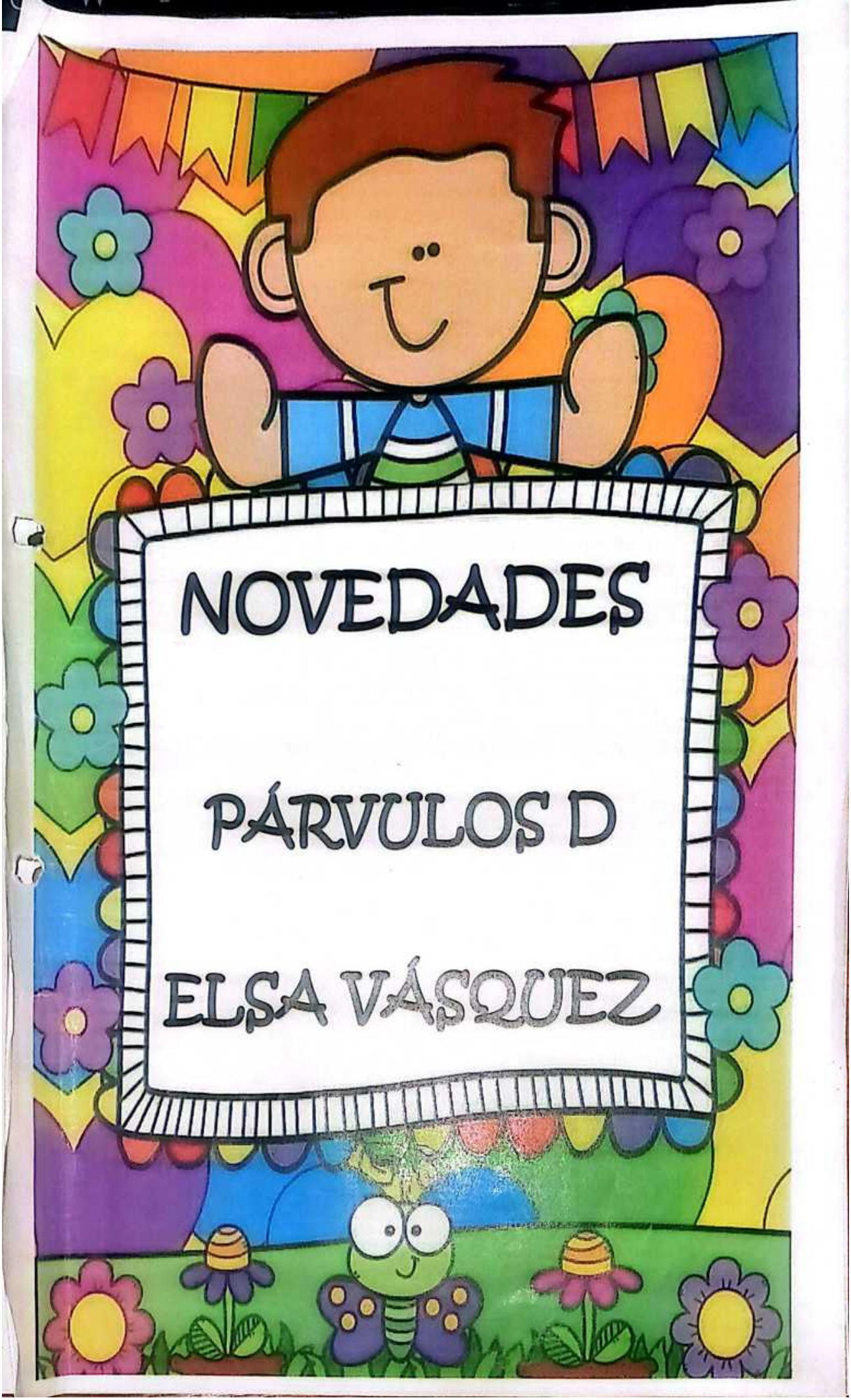


Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo 20261015300 - 20/05/2021 Página 1 de 2

MODALIDAD INSTITUCIONAL UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO LA FLORIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: JENNIFER TATIANA CALDERON PARRA

Paulos D NUI: 1014318948 NIÑA O NIÑO: Oliver Diaz Guevara

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Kelly Vanesa Guevara Arjel

PROFESIONAL TERRITORIAL: Kelly Guevara PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Elsa Adriana Vasquez

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
08 07 2026	715	Jardin Infantil la florida	Continuando con la novedad por documentación faltante del 01-06-2026 la profesional de atención a la primera Infancia le informa a la mamá del niño la Señora Kelly Guevara con CC 1007298983 que a la fecha su hijo no cuenta con carnet de odontología a lo que refiere "Buenos días profesora la cita la he de para el día 21 julio ese día traer el soporte" se le comunica que hay plazo para el 30 de julio 07-2026 para poderle dar la respectiva novedad continua abierta por seguimiento por documentación. 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
Elsa Adriana Vasquez Profesional de atención a la primera Infancia	Kelly 1007298983 Kelly Guevara

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