

 MINISTERIO DE SALUD SECRETARÍA DE OPERACIÓN Y LOGÍSTICA	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Mayo 19021015300 - 2005/2007 Página: 1 de 2
LOCALIDAD: <u>ENQUATIVA</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>JARDIN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNÁNDEZ</u>		
NIVEL: <u>Prejardín B</u> NÚM. <u>1.255.925.754</u> NIÑA O NIÑO: <u>Dilan Steven Perez Gomez</u>		
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Erika Gomez Hernandez</u>		
ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Erika Gomez H.</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Mariluz Jimenez Beltran</u>		

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólex SI ☐ NO ☒	Se realizó activación de rula SI ☐ NO ☒
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
16-09-26	7:30 am	J.I.C Villa Mary	Se acerca a la unidad Operativa la Sra. Erika Gomez Hernandez, identificada con cédula No 1.002.100.849, madre del niño. La cual firma compromiso por estar pendiente con el certificado ODONTOLÓGICO solicitado en la matrícula. Fecha máxima de entrega 29 de Nov-2026. La Sra refiere: Yo ya saque la cita la tiene en Noviembre, la profesional solicita el reporte oportuno para verificar, la Sra se compromete a entregar. La Sra realiza lectura a la novedad, esta de acuerdo. EN ESTE PUNTO TERMINA											
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR											
Mariluz Jimenez Beltran Profesional en atención a la primera infancia			Erika Gomez H. / 1002100849											

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólex SI ☐ NO ☐	Se realizó activación de rula 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 pólex SI ☐ NO ☐	Se realizó activación de rula 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											

 <p>MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA</p>	<p>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</p> <p>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</p>		<p>Código: FOR-POS-308</p> <p>Versión: 0</p> <p>Fecha: Mayo 2021-01-15-000</p> <p>202003021</p> <p>Página: 1 de 2</p>
	<p>LOCALIDAD: <u>ENGATIVA</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>JARDIN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNANDEZ</u></p>		
	<p>NIVEL: <u>Pre-jardín B</u> NUIP: <u>0591412</u> NIÑA O NIÑO: <u>Larissa Evangelina Sierra Garcia</u></p>		
	<p>MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Lesli Johanna Sierra Garcia</u></p>		
<p>ACUENTE PRINCIPAL: <u>Lesli Johanna Sierra</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Mari Luz Jimenez Beltran</u></p>			

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólex: SI ☐ NO ☒	Se realizó activación de ruta: SI ☐ NO ☒
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
16-09-20	8:00 am	J.L. Villa Mary	<p>Se acerca a la Unidad Operativa, el señor Alexander Jose Escalona, identificado con PPT 4923794 padre de la niña. Quien firmo compromiso por certificados médicos, visual, auditivo y odontológico, los cuales no ha presentado, el señor refiere: "Por la niña aún no tiene PPT, por esta razón no se ha podido afiliar a una EPS". La profesional le dice al padre de familia, que debe dar pronta solución a esta, para que la niña cuente con una EPS. El señor manifiesta que realizará la gestión.</p>											
<p>NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD</p> <p><u>Mari Luz Jimenez Beltran</u> profesional en atención a la primera infancia</p>													<p>NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR</p> <p><u>Alexander E</u> ✓ <u>4923794</u></p>	

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólex: SI ☐ NO ☐	Se realizó activación de ruta: SI ☐ NO ☐
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
<p>NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD</p>													<p>NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR</p>	

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólex: SI ☐ NO ☐	Se realizó activación de ruta: SI ☐ NO ☐
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
<p>NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD</p>													<p>NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR</p>	

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólex: SI ☐ NO ☐	Se realizó activación de ruta: SI ☐ NO ☐
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
<p>NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD</p>													<p>NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR</p>	

 MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES		Código: FOM-PSB-008 Versión: 0 Fecha: Mayo 2021 Página: 1 de 2
	LOCALIDAD: <u>ENGATIVA</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>JARDIN INFANTE COFINANCIADO VILLA MARY</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNANDEZ</u>		
	NIVEL: <u>Pre-jardín B</u> NÚMERO: <u>CD 591390</u> NIÑA O NIÑO: <u>Matias David Moigado Perez</u>		
	MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Stefani Alexa Perez Castillo</u> ACUENTE PRINCIPAL: <u>Stefani Alexa Perez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Maniluz Jimenez Beltran</u>		

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólex SI NO	Se realizó activación de ruta SI NO
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
16-09-26	7:00 am	U.I.C Villa Mary	Se entregó a la Unidad Operativa la Srta Stefani Alexa Perez identificada con CD 591392, mamá del niño, quien firma compromiso por deber todas las certificaciones médicas solicitadas en la matrícula. La Srta refiere que le dan los ritos muy lejos y no tiene para los transportes mas sin embargo las sacara para la misma localidad donde vive. Fecha máxima de entrega el 27 de Noviembre Realiza lectura estando de acuerdo con lo escrito.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Maniluz Jimenez Beltran
 NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Stefani Perez 28 479 600

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólex 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 pólex 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 pólex 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:

 MINISTERIO DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD, INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PS-005 Versión: 0 Fecha: Mayo 2017 (15/05/2017) Página: 1 de 2
LOCALIDAD: <u>ENGATIVA</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>JARDIN INFANTIL COFINANCIADO VILLA MARY</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>LILIANA MARGARITA ARGÜEZ FERNÁNDEZ</u>		
NIVEL: <u>Pre-jardín</u> CUIP: <u>1.233.701.943</u> NIÑA O NIÑO: <u>Alan Damian Rodriguez Gonzalez</u>		
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Laura Valentina Gonzalez Noy</u>		
ACUDIENTE PRINCIPAL: <u>Laura Valentino Gonzalez</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Manluz Jimenez Beltran</u>		

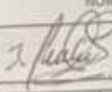
TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza SI ☐ NO ☒		Se realizó activación de ruta SI ☐ NO ☒	
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD													
16-09-26	7:30 am	D.I.C. Villa Mary	Se crece a la Unidad Operativa la Sra Laura Valentina Gonzalez Noy, identificado con cedula No. 1000219227, madre del niño. Quien firma compromiso por documentación pendiente: CERTIFICADO ODONTOLÓGICO con fecha máxima de entrega 27-11-2016. La Sra manifiesta que sacar la cita lo mas pronto, se le solicita el soporte o penes la agenda. La Sra realiza lectura a la novedad notando de acuerdo con lo aqui escrito. EN ESTE PUNTO TERMINA 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													
Manluz Jimenez B. 			Laura Gonzalez - 1000219227													

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													

 <p>MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE CUBA</p>	<p>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</p> <p>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES</p>	<p>Código: FOR-PSS-009</p> <p>Versión: 0</p> <p>Fecha: Mayo 2021 (1500) - 2021/05/21</p> <p>Página: 1 de 2</p>
<p>LOCALIDAD: <u>ENGATIVA</u> UNIDAD OPERATIVA: <u>JARDIN INFANTES COFINANCIADO VILLA MARY</u> RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>LIJANA MARGARITA ARQUEZ FERNANDEZ</u></p>		
<p>NIVEL: <u>Pre-jardín</u> NUP: <u>1023-333-226</u> NIÑA O NIÑO: <u>Danielys Sofia Ramirez Villamizar</u></p>		
<p>MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Vanessa Capetina Villamizar</u></p>		
<p>ACUIDENTE PRINCIPAL: <u>Vanessa Capetina</u> PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Manluz Jimenez Beltran</u></p>		

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													
46-09-26	7:30 am.	210 Villa Mary	Se acerca a la Unidad Operativa la Sra. Vanessa Capetina Villamizar, identificada con PPT 1377942, mamá de la niña quien realiza firma por compromiso de ODONTOLÓGICA, ya que a la fecha no ha presentado ese, se solicitó desde la matrícula con fecha máximo de entrega el 27 de Noviembre del 2026, la Sra se compromete a sacar la cita lo más pronto posible. Ella realizó lectura a la novedad estando de acuerdo con lo aquí escrito.													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD												NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR				
Manluz Jimenez B. 												Vanessa Capetina 				
Profesional en atención a la primera infancia.												1377942				

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				

LOCALIDAD: <u>ENGLATIA</u>		UNIDAD OPERATIVA: <u>JARDIN INFANTES COFRANCIADO VILLA MARY</u>		RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNANDEZ</u>	
NIVEL: <u>Primario</u>		NIP: <u>1233924958</u>		NIA O NIÑO: <u>Aliannys Sofia Medina Alvarez</u>	
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: <u>Marianjelys Medina Alvarez</u>					
ACUÑENTE PRINCIPAL: <u>Marianjelys Medina</u>		PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: <u>Marieliz Jimenez Beltran</u>			

TIPO DE NOVEDAD			DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD										Se realizó activación de pólex: SI ☐ NO ☒		Se realizó activación de ruta: SI ☐ NO ☒	
FECHA	HORA	LUGAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
16-09-26	8:00 am	J.I.U. Villa Mary	Se acerca a la Unidad Operativa la Sra. Marianjelys Medina Alvarez, identificada con PPT 2038890, mamá de la niña, quien informa a la profesional del nivel que el día 11/09/2026, le realizaron a la niña un tratamiento integral, bajo anestesia general, bajo el diagnóstico de caries dental, gingivitis, raíz dental retinida. En compañía de la mamá, la niña le fue muy bien sale contenta y bien de la sala de cirugía, se recupera sin ninguna complicación, le explican a la mamá acerca de los													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR													
NO APLICA			NO APLICA													

TIPO DE NOVEDAD			DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD										Se realizó activación de pólex: SI ☐ NO ☒		Se realizó activación de ruta: SI ☐ NO ☒	
FECHA	HORA	LUGAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
NO aplica	NO aplica	NO aplica	continúa con la novedad en curso, cuidados, higiene y alimentación y se da de alta sin ninguna complicación. Debe estar en control en el hospital Simón Bolívar para control post-operatorio. La niña llega en compañía de su madre, se observa bien, tranquila y despierta. La única recomendación queda la mamá es no dar cosas duras, ya que se le dificulta morder con los dientes que le quedan. Hace entrega de la Fotografía de la descripción quirúrgica entregada en la clínica para hacer anexada en la historia social de la niña. También se realiza remisión a la psicóloga Yuli para que realice el seguimiento,													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR													
NO APLICA			NO APLICA													

TIPO DE NOVEDAD			DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD										Se realizó activación de pólex: SI ☐ NO ☒		Se realizó activación de ruta: SI ☐ NO ☒	
FECHA	HORA	LUGAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
NO aplica	NO aplica	NO aplica	continúa con la novedad en curso, en cuanto ella esté en la unidad operativa con el formato establecido. Se solicita a la mamá pedir el certificado odontológico apenas la niña termine su tratamiento, antes del 27 de Noviembre para ser anexado a la historia social de la niña, ya que es la única que tiene pendiente, la Sra. manifestaba que mañana la debe llevar al control post-operatorio para verificar como está. La Sra. realiza lectura a la Sra. Beltrán, estando de acuerdo.													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR													
Marieliz Jimenez Beltran Profesional en atención a la primera infancia.			Marianjelys M. 2038890													

TIPO DE NOVEDAD			DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD										Se realizó activación de pólex: SI ☐ NO ☒		Se realizó activación de ruta: SI ☐ NO ☒	
FECHA	HORA	LUGAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
18-09-26	8:00 am	J.I.U. Villa Mary	Se acerca a la Unidad Operativa la Sra. Marianjelys Medina, identificada con cédula 2038890, mamá de la niña, quien informa a la profesional que la niña ya tuvo el control post-operatorio el día de ayer, y le dijeron que la niña está bien, que debe realizar otro control en seis meses, no le dan ninguna constancia, debe agendar la cita correspondiente. La profesional agradece la información, la Sra. realiza lectura estando de acuerdo. SE RENUNCIA.													
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR													
Marieliz Jimenez Beltran Profesional en Atención a la primera infancia.			Marianjelys M. 2038890													