	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 5	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: __ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540224
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ RAMIREZ LADY VIVIANA CC: 1073680194 PARVULOS C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja __1__ de __1__

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1019850291	SIMON		GUAYAN	GONZALEZ	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1016754320	SALOME		LOPEZ	MONCAYO	1	7				A	A	I	I	I	I	I		I	A	A	A	A	A	I	I	I	I	I	I		7	13	
03	RC	1019850287	DANIELA	VICTORIA	GUERRA	VIUCHE	2	10				A	A	A	A	A	I	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A		17	3	
04	RC	1011260273	ALICE		CAMPOS	CABRERA	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05	RC	1031947802	MIGUEL	ANGEL	LOPEZ	SARMIENTO	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
06	RC	1028846453	LUCIA		BOCANEGRA	HERNANDEZ	1	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
07	RC	1013158234	MARIA	PAULA	BAEZ	FERNANDEZ	2	6				A	A	A	A	A	A	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	A	A	A		10	10	
08	RC	1032516294	MIA		OQUENDO	LOPEZ	2	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
09	RC	1411379336	MIGUEL	ANGEL	RUIZ	GROSO	1	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	I	I	I	A	A	A	I	A	A		16	4	
10	RC	1233522424	LIAMS	ANTONIO	LOPEZ	MORALES	2	3				I	I																				0	2	✓
11	RC	1092193730	ERIK	JHOSED	CARVAJALINO	SANTIAGO	2	5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
12	RC	1013158104	THALIANA		PARRA	CARRASQUERO	2	8				A	A	A	A	A	A	A		I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	I		16	4	
13	RC	1023989254	LIAN	FABIAN	CHACON	SANDOVAL	2	2				I	I	A	A																		2	2	✓
14	RC	9062021439	DILMAR	PAULETA	MARIN	VENEGAS	2	10				A	I	I	I	I	I	I		I													1	7	✓
15	RC	1243761432	CARLOS	ALBERTO	BORJAS	NAVA	2	4				A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
16	RC	1013159448	NICOLLE	DANIELA	ARIAS	PACHECO	1	9				A	A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A		18	2	
17	RC	1233923871	SAMAEL	SANTIAGO	IZA	MERCADO	2	4				A	A	I	I	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
18	RC	1072679654	JOSMAN	ELIAN	PALOMINO	BALUIN	1	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	I	I	I				17	3	
19	RC	1233520372	GLORIA	EMILIA	NARVAEZ	VELANDIA	2	4				A	A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
20	RC	1233519963	ISABELLA		RENJIFO	VELANDIA	2	6				A	A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
																															TOTAL	298	56	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL**	**F6.MO12.PP**	**29/05/2018**
		Versión 5	**Página 1 de 1**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: __ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540202 4
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ RAMIREZ LADY VIVIANA CC: 1073680194 PARVULOS C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja __1__ de __1__

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1034793722	EITHAN	ISAAC	QUITIAN	NUÑEZ	2	2						A	A	A	A	I		I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A		13	5	
02	RC	1028676138	PAULA	ANTONELLA	HERNANDEZ	PEREZ										A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	A	A		13	3	
03	RC	1246799641	SHERLYN	GABRIELA	TABERA	GUTIERREZ	2	4												A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		12	0	
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	38	8	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Pinzón
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Razón social: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
NIT: 800000100-0
Código de habilitación del prestador: 110010568101
Lugar de expedición: BOGOTA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: LOPEZ MONCAYO
Nombres: SALOME
Dirección: CL 7 S N 19 51 - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3144401381 - 3133538874
Entidad: SANITAS EPS
N° Ingreso: 338811
Tipo Documento: RC **Numero:** 1016754320
Edad: 01 Años 08 Meses 12 Dias (24/08/2022)
Sexo: FEMENINO
Tipo paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo afiliado: BENEFICIARIO

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Fecha inicial incapacidad: 05/05/2024
Fecha de expedición: 05/05/2024
Tipo incapacidad: Ambulatorio
Grupo de servicios: Apoyo diagnóstico clinico y complementación terapéutica
Observación: Sin observación
Fecha final incapacidad: 07/05/2024 **NoDías:** 3
Es prórroga: ☐
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Modalidad de la prestación del servicio: Intramural

DIAGNÓSTICOS DE LA INCAPACIDAD

Diagnóstico principal
J22X INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

Cra Maria Camila Espinosa
Médico General
R.M. 10

Profesional: MARIA CAMILA ESPINOSA GIL
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional #

Powered by CamScanner

Bogota 8 - Mayo - 2024

Señores:
Hogar Infantil Gerona

Por medio de la presente me permito pedirles la excusa por la inasistencia de mi hija Salome Moncayo del nivel Parvulos C ya que esta muy indispuesta y prefiero cuidarla en casa hasta verla un poco mejor, de ante mano mil gracias y espero nos excusen.

Francy Moncayo

1013640781

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

Centro Medico Restrepo EPS Sanitas - NIT. 9010416913
Carrera 18 N° 16-46 Sur.Teléfono: 3759000
Nombre: SALOME LOPEZ MONCAYO
Identificación: RC 1016754320 - Sexo: Femenino - Edad: 21 Meses

RECOMENDACIONES GENERALES
BOGOTA D.C.
21/05/2024, 13:35:13
Contrato E.P.S Sanitas Regimen Subsidiado S.A.S.:
301-8404666-1-2
Historia Clínica: 1016754320
Tipo de Usuario: Otro

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

Intervenciones: INCAPACIDAD HASTA 31/05/24 DX: RINOFARINGITIS VIRAL Se certifica asistencia a cita de pediatria en centro medico restrepo con l
mama

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048
INDICACIÓN MEDICA
SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1013158234 **Nº Folio:** 18 **Fecha Folio:** 10/05/2024 10:57:23 a. m. **Folio Asociado:** 10

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA PAULA BAEZ FERNANDEZ
Fecha Nacimiento: 15/agosto/2021 **Edad Actual:** 2 Años / 8 Meses / 25 Días
Dirección: CL 8 SUR N 69 A 78
Procedencia: BOGOTA

Identificación: 1013158234 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3203103605
Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS-S SANITAS
Plan Beneficios: EPS SANITAS SUBSIDIADO - CAPITACIÓN

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SISBEN NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable: A
Dirección Resp: A
Finalidad Consulta: No_Aplica
Area Servico: SU41A26 - C. EXT PEDIATRÍA USS 17 TRINIDAD GALÁN

Teléfono Resp: A
Nº Ingreso: 10888575 **Fecha:** 10/05/2024 9:49:34 a. m.
Causa Externa: Otra
Centro Atención SU41 - USS 17 TRINIDAD GALAN

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle: Recomendaciones nutricionales.

Ofrecer 3 comidas principales y 2 meriendas nutritivas al dia . Frutas #5 al dia en trozos, verduras #2 al dia , Carne , pollo o pescado #2 al dia todos los días , leguminosas #3 a la semana , leche y derivados de leche 2 al dia, arroz, y tuberculos diario, pan y galletas #2 al dia , pasta #1-2 a la semana. Huevo puede ser diario. No dar paquetes , jugos, ni gaseosas.

Signos de alarma:
Fiebre (38,3ºC o mas) por mas de 3 dias o de difícil control , signos de dificultad respiratoria: que se ponga moradito, aleteo nasal, que se hundan o marquen costillas, respiración rapida, quejido, sonido en el pecho o hervidera en el pecho mientras respira), vomita todo lo que come, no luce bien, no come nada, no orina, orina fétida, deposiciones liquidas con moco o sangre.

INCAPACIDAD MÉDICA POR 7 DIAS

Profesional: POLITI MARTINEZ NATALIA
Registro profesional: 1032442303
Especialidad: PEDIATRIA

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT. 900959048 **Call center: 2091480 opc. 8** Fecha Actual : miércoles, 22 mayo 2024

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Paciente	**MARIA PAULA BAEZ FERNANDEZ**	Edad	2 Años / 9 Meses / 7 Días	Folio	20
Identificacion	**1013158234**	Telefono Movil	S	No. Historia	**1013158234**
Centro- Atencion	USS 17 TRINIDAD GALAN	Telefono Fijo	2607876	Ingreso	**10946107**
Direccion	Cra. 60 # 4-33			Fecha Ingreso	22/05/2024 7:11:26 a. m.
Entidad	RS_152_2 - EPS SANITAS SUBSIDIADO - CAPITACIÓN			Fecha prescripcion	22/05/2024 8:01 a. m.
No. Cama				Suministro Paciente	
Ubicacion Cama		Area de Servicio: **SU41A10 - C. EXT MEDICINA GENERAL USS 17 TRINIDAD GALÁN**			

Plan de Beneficios: **RS_152_2 - EPS SANITAS SUBSIDIADO - CAPITACIÓN**

Diagnostico Principal : H109 - CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA

Formula: FAM000024232998

INDICACIONES PACIENTE

INCAPACIDAD MEDICA 03 TRES DIAS

LISTADO DE DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	PRINCIPAL	DE INGRESO	DE EGRESO
H109	CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	☑	☐	☐

ESPEJO GOMEZ ALVARO JAIME
MEDICINA GENERAL.
19447140

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Powered by CamScanner

Fecha: 10.05.2024 **Hora:** 10:15:30

Nombre: EITHAN QUITIAN NUÑEZ **Documento de Identificación:** Registro Civil 1034793722

Indicaciones:

CERTIFICO PACIENTE ASISTE A CONSULTA AL CM PLAZA CENTRAL A CONSULTA CYD, SIN EMBARGO ACTUALMENTE PTE CON RINOFARINGITIS AGUDA SE INICIA *MANEJO* Y SE INDICA AISLAMIENTO PREVENTIVO POR 7 DIAS Y REPROGRAMACION CYD CON PACIENTE SANO

Nombre Prestador: LENIS, CLAUDIA

Documento de Identificación: 53076910

Especialidad del médico: MEDICINA GENERAL SG

Lugar de Atención: CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL

Salud
Subsidio
Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NUMERO DE CONTRATO: 11005402024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): ROJAS ARAQUE OLGA CUSTODIA CC: 39800201 PRE JARDIN A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1013157762	IKAL	EMILIANO	ARIZA	MURILLO	3	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
02	RC	1013157518	MARIA	JOSE	RODRIGUEZ	GACHA	3	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
03	RC	1019609484	LUCIANO		MARTINEZ	AMADO	3	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
04	RC	1013156740	ANGEL	MATIAS	ROJAS	LOPEZ	3	6				I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
05	RC	1026603121	ISABELLA		PEREZ	BEJARANO	3	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
06	RC	1034672019	SARA	NAOMI	TORRES	GARICIA	3	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
07	RC	1141374212	LUCIA		SOLANO	CASTILLO	3	4				I	I	A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17	3	
08	RC	1233518866	JUAN	DIEGO	PEREZ	URIBE	3	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
09	RC	1013157721	ANTHONELA	VICTORIA	MATUTE	VIVAS	3	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
10	RC	1013157741	VALERY	SOFIA	ZAPATA	NIETO	3	0				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
11	RC	1300001690	DANIEL	MATHIAS	TORO	ESPINOSA	3	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
12	RC	1010849883	JERONIMO		SANCHEZ	RUIZ	3	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
13	RC	1012926972	THIAGO		SUA	BELTRAN	3	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
14	RC	1022450189	GUADALUPE		RODRIGUEZ	CALDERON	3	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
15	RC	1011259930	DAVID	SANTIAGO	NIETO	CRUZ	3	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
16	RC	1013157254	ABIGAIL		OCAMPO	MURILLO	3	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
17	RC	1034672314	ESTEBAN		GARCIA	FORERO	3	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
18	RC	1012926788	LUCIANA		TRIVIÑO	CUERVO	3	5				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
19	RC	1022450633	MIA	SALOME	VEGA	ORTIZ	3	0				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
20	RC	1013157855	JACOB	VALENTINO	BARBOSA	REINOSO	3	0				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
																																	TOTAL	395	5	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Pineda
COORDINADOR(A) EA

Olga Rojas Araque
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540202 4
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): ROJAS ARAQUE OLGA CUSTODIA CC: 39800201 PRE JARDIN A
Código CUENTAME UDS: 110011140800
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1011259986	SOFIA		TAPIAS	BARRAGAN	3	2				A	A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A				20	0	
02	RC	1012927030	THIAGO		URREA	NAVARRO	3	1				A	A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A				20	0	
05	RC	1012926397	MARIANA		BOLIVAR	GARCIA	3	9				A	A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A				20	0	
04	RC	1027543811	ISABELLA		GONZALEZ	DIAZ	2	11				A	A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A				20	0	
05	RC	1034793339	ANTONELLA		TORRES	SANTAMARIA	2	9				A	I	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A				19	1	
06	RC	1034793304	DULCE	MARIA	UMAÑA	UMBASIA	2	10				A	A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A	A	A	A				20	0	
07	RC																																			
08	RC																																			
09	RC																																			
10	RC																																			
11	RC																																			
12	RC																																			
13	RC																																			
14	RC																																			
15	RC																																			
16	RC																																			
17	RC																																			
18	RC																																			
19	RC																																			
20	RC																																			
																																	TOTAL	119	1	

Verificación De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Diana Pineda
COORDINADOR(A) EA

Olga Rojas Araque
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540202 4
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA CC: 1023949610 PRE JARDIN B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1013156623	JULIAN	SANTIAGO	ROMERO	RODRIGUEZ	3	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
02	RC	1013156023	JUAN	FELIPE	GACHA	NOGUERA	3	9				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
03	RC	1021695593	IAN	SANTIAGO	CAVANZO	MORALES	3	9				A	A	I	I	I	I		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	14	6	
04	RC	1233518506	ANALIA	MARTINA	DAZA	ORDOÑEZ	3	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
05	RC	1034405162	CRISTOFER		HERNANDEZ	VELASCO	3	6				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
06	RC	1013156407	JOEL	JOAQUIN	ARCINIEGAS	ESGUERRA	3	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
07	RC	1014485612	MARTINA		GUERRA	RODRIGUEZ	3	9				A	A	I	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	I	15	5	
08	RC	1031426364	CHLOE	SOFÍA	LEMES	ESPITIA	3	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
09	RC	1034792400	JOAQUIN		PEREZ	TORRES	3	9				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
10	RC	1141373052	ISABELLA	VALENTINA	MONTIEL	ACEVEDO	3	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
11	RC	1106952469	GERONIMO	DEJESUS	RODRIGUEZ	ARAPE	3	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
12	RC	1013155989	MARIA	PAULA	GARCIA	TORRES	3	9				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
13	RC	1034792599	DAVID	MATIAS	USAQUEN	PEÑUELA	3	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
14	RC	1013156522	GABRIEL	SANTIAGO	PAJARO	CUESTA	3	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
15	RC	1012926441	TOMAS	JERONIMO	RIVERA	PINZON	3	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
16	RC	1034405076	DAMIAN	ARTURO	CAICEDO	MONTILLA	3	8				A	A	A	A	A	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
17	RC	1034793113	JHOSEP		SANTOS	BETANCOURT	3	2				A	A	A	A	I	A		A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17	3	
18	RC	1233619036	FUAD		URREA	ROMERO	3	2				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
19	RC	1013157564	MATIAS		QUEVEDO	GARAI	3	2				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
20	RC	1012926376	GABRIEL	STEVEN	SANCHEZ	CORTES	3	9				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
																																TOTAL	384	16	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Ponce
COORDINADOR(A) EA

Brigitte Samira Gomez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NUMERO DE CONTRATO: 11005402024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA CC: 1023949610 PRE JARDIN B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1032513170	DANNA	VICTORIA	VARGAS	MEDINA	3	6				D	D	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1024610915	IAN	ESTEBAN	BUITRAGO		3	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
03	RC	1013157866	MATHIAS		CUBILLOS	PEDRAZA	3	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
04	RC	1013157770	JOSE	THIAGO	RAMIREZ	PEREZ	3	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	I	A	A	A	A		15	5	
05	RC	1028675533	MIA	SARAI	ZAMBRANO	CADENAS	2	9				A	A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
06	RC	1031577125	GABRIEL	FELIPE	LAYTON	GRANADOS	3	4						A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A		17	1	
07	RC																																		
08	RC																																		
09	RC																																		
10	RC																																		
11	RC																																		
12	RC																																		
13	RC																																		
14	RC																																		
15	RC																																		
16	RC																																		
17	RC																																		
18	RC																																		
19	RC																																		
20	RC																																		
																															TOTAL	113	7	

Verificación De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Diana Pineda
COORDINADOR(A) EA

Brigitte Samira Gomez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

Centro Medico Kennedy EPS Sanitas - NIT. 9010416913
Calle 42 Sur #78K - 30 Teléfono. 3759000
Nombre: IAN SANTIAGO CABANZO MORALES
Identificación: RC 1021695593 - Sexo: Masculino - Edad: 3 Años

RECOMENDACIONES GENERALES
BOGOTA D.C.
06/05/2024, 08:39:24
Contrato E.P.S Sanitas: 10-6797843-1-2
Historia Clínica: 1021695593
Tipo de Usuario: Otro

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

Recomendaciones generales: SE INCAPACITA POR 7 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DX INFECCION RESPIRATORIA AGUDA - OTITIS MEDIA DERECHA

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Razón social: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
NIT: 800000100-0
Código de habilitación del prestador: 110010568101
Lugar de expedición: BOGOTA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: RAMIREZ PEREZ
Nombres: JOSE THIAGO
Dirección: CL 21 SUR 69 C 46 - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3204433336 - 3102424617
Entidad: SALUD TOTAL EPS
N° Ingreso: 341474
Tipo Documento: RC **Numero:** 1013157770
Edad: 03 Años 02 Meses 06 Dias (13/03/2021)
Sexo: MASCULINO
Tipo paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo afiliado: BENEFICIARIO

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Fecha inicial incapacidad: 19/05/2024
Fecha de expedición: 19/05/2024
Tipo incapacidad: Ambulatorio
Grupo de servicios: Atención inmediata
Fecha final incapacidad: 23/05/2024 **NoDias:** 5
Es prórroga: ☐
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Modalidad de la prestación del servicio: Extramural domiciliaria
Observación: SE GENERA INCAPACIDAD POR 5 DIAS. SE CERTIFICA QUE PACIENTE ESTUVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE LA MADRE

DIAGNÓSTICOS DE LA INCAPACIDAD

Diagnóstico principal
H669 OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA

Juan S. Navarro
Medico General
CC. 1091671503

Profesional: JUAN SEBASTIAN NAVARRO YARURO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional # 1091671503
Identificación: 1091671503

Powered by CamScanner

Dra. Jackeline Hernández Anduray

Pediatra

- Pediatría general
- Atención del recién nacido
- Control de crecimiento y desarrollo
- PGP Nutrición pediátrica
- Trastornos del neurodesarrollo

PACIENTE: Martina Cueva Rodriguez

EDAD: 3 años FECHA: 25 Mayo 2024

RC: 1014856612

Incapacidad Médica

Dx Crup en Resolución
Amigdalitis Aguda
Enfermedad Diarreica Aguda

Incapacidad por 15 días

Fecha Inicio 25/Mayo/2024

Fecha final 8/Junio/2024

Dra. Jackline M. Hernández Anduray
Medica - Pediatra
R.M 733102

Calle 26 #68c - 61
Bogotá D.C - Colombia Consultorio 710

3025164714

drajackiepediatra@hotmail.com

@DraJackiepediatra

Doctora Jackeline Hernández

@DraJackiepediatra

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: _ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540202 4
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): CORREA RINCON CLAUDIA MARCELA CC: 52758632 PRE JARDIN C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja _1_ de __1_

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1012927103	NOHAD	GADIEL	SANCHEZ	GARAVITO	3	5				I	I	I	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	I	A	A	A	A		12	8	
02	RC	1013158029	MARTIN	ALEJANDRO	TALERO	RODRIGUEZ	2	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
03	RC	1012927129	THIAGO	NICOLAS	RIVEROS	VALLESTEROS	2	9				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
04	RC	1141371214	VALERIA		CALDERON	ZUÑIGA	3	11				I	I	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	A		1	19	
05	RC	1023245364	SARA	CAMILA	LOZANO	MALAGON	3	8				A	A	A	A	I	I	A		A	A	A	A	I	I	I	I	I	A	A	A	A		12	8	
06	RC	1013156984	IAN	JACOBO	ROUILLE	ALVAREZ	3	5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
07	ANM	1013158158	LIAM	JACOB	GARCES	RODRIGUEZ	2	7				I	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	I	I	A		16	4	
08	RC	1027542487	THIAGO		SIERRA	SIERRA	3	9				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
09	RC	1013156246	SARA	ALEJANDRA	MONCAYO	COPETE	3	9				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
10	RC	1116044236	JULIETA		ESTRADA	GONZALEZ	3	5				I	I	I	I	A	A	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	A	A	A		6	14	
11	RC	1233518846	IAN		FAJARDO	QUITIEN	3	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19	1	
12	RC	1022451065	IA		GUEVARA	ORTIZ	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
13	RC	1013157737	LESLY	VALERIA	LOAIZA	BENTES	3	1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
14	RC	1015000709	MARIANA		QUIROZ	PERDOMO	3	5				A	A	A	A	A	I	A		A	A	A	A	I	I	I	I	I	I	I	I	I		10	10	
15	RC	1019160659	VALERYA	SALOME	FORERO	BARRERA	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
16	RC	1027302334	SEBASTIAN		USCATEGUI	RODRIGUEZ	4	1				A	A	A	A	I	I	A		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	A	A	A		9	11	
17	RC	1026603359	JUAN	DAVID	CASALLAS	ALVAREZ	2	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A		19	1	
18	RC	1013157754	MARIA	ANGELIKA	MORENO	MERCHAN	3	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
19	RC	102926951	ARIADNA	ISABELLA	PINILLA	MORA	3	1				A	A	A	A	A	I	A		A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A		18	2	
20	RC	1012926717	LUCIANA	KATALEYA	AMADO	FELANTANA	3	6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
																															TOTAL		322	78	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Pinilla
COORDINADOR(A) EA

Claudia M Correa R
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540/2024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): CORREA RINCON CLAUDIA MARCELA CC: 52758632 PRE JARDIN C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1244479182	DANNA	PAULA	NUÑEZ	MARQUEZ	2	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1243759687	ANTONELLA		PASTRANA	RODRIGUEZ	3	1				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
03	RC	1140938645	ELIAN	ZAID	SASTOQUE	NUÑEZ	3	8				I	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
04	RC	1013157864	JORDAN	ELIAN	CHACON	ARIAS	2	11				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05	RC	1021319417	ELIAN		RAMIREZ	RODRIGUEZ	2	9				A	A	A	A	A	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
06	RC	1010500028	WEIDER	STIVEN	CAMACHO	GARCES	3	5																				A	A	A	A	A		5	0	
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	03	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Claudia M Correa R
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

INCAPACIDAD MEDICA

Nº145439

CLASE Inicial

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 18/mayo/2024 11:10 a. m.

Médico: 1024565843 WENDY KATHERINE BOLIVAR MARTINEZ

Información Paciente: NOHAD GADIER MORA SANCHEZ **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Masculino

Tipo Documento: RegistroCivil **Número:** 1012927108 **Edad:** 3 Años / 5 Meses / 30 Días **F. Nacimiento:** 17/11/2020

Entidad: RS_147_2 EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS-AS-001-2023

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 6 **Fecha Inicial:** 18/mayo/2024 **Fecha Final:** 23/mayo/2024

Diagnóstico: R560 - CONVULSIONES FEBRILES

Codigo de prestador: EPSS34

Nombre prestador: CAPITAL SALUD

Tipo de incapacidad Ninguna

Tipo de atencion: EnfermedadGeneral

Powered by CamScanner

COAL
CLINICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTES LABORALES

SOCIEDAD MEDICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTES LABORALES S A
NIT - 800201496-4
NUESTRO SERVICIO ES DIFERENCIAL SEGURO Y HUMANIZADO
CLL 6A 70 - 06 - 7423099 - Bogota - COLOMBIA

Fecha impresión: 03/05/2024 14:26

Orden Nº: 53377

Orden Incapacidades y/o licencias **Código:** 571 **Fecha y hora:** 03/05/2024 14:25

Apellidos:	CALDERON ZUÑIGA	**Nombres:**	VALERIA
Tipo Identificación:	RC	**Número documento:**	1141371214
Fecha de Nacimiento:	07/04/2020	**Edad:**	4 Años/0 Meses/26 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CL 4 71 30	**Teléfono:**	3112413721
Nombre del Cliente:	SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S A	**Convenio:**	31 SEG ESTADO ESTUDIANTIL
Fecha registro :	03/05/2024 14:25	**Fecha atención:**	03/05/2024 14:25

Vigencia: 03/05/2024 - 01/06/2024

Tipo de usuario: Otro

Vía de ingreso: Atención inicial de urgencias

Categoria: Sin Recaudo

Diagnósticos

Principal Ingreso: S500 - CONTUSION DEL CODO **Tipo principal:** Impresión diagnóstica,

Causa externa: Otro tipo de accidente **Ocupación:** Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad **Tipo vinculación:** Otro

Días de incapacidad: 30 **Prórroga:** No

Diagnóstico: S500 :: CONTUSION DEL CODO

Grupo de servicios: 05. Atención inmediata. **Modalidad de la prestación del servicio:** 01. Intramural. **Presunto origen de la incapacidad:** Común **Incapacidad retroactiva:** N/A

Causa que motiva la atención: INCAPACIDAD PARA ACTIVIDAD DEPORTIVA

Observaciones:

Powered by CamScanner

Paciente: SARA CAMILA LOZANO MALAGON

Identificación: RC 1023245364

compensar | salud

2024-05-20

CERTIFICACIÓN

El profesional suscrito certifica que el paciente en mención acudió a consulta médica, presenta un diagnóstico de AMIGDALITIS BACTERIANA
, y por tal motivo se incapacita a partir de la fecha para realizar actividades escolares o educativas por un espacio de (5)
días.

Powered by CamScanner

Bogota 20 de Mayo 2024

Hogar infantil Gerona

Asunto: ausencia

Por la presente quiero excusar a mi hija Mariana Quiroz Perdomo, del nivel pre jardín C por su inasistencia durante esta semana que entra y la próxima, estamos en una serie de citas medicas por tratamientos odontológicos y por varios exámenes los cuales nos tienen en constante desplazamiento hacia un lado y el otro, esperamos retomar con normalidad el jardín para que su desarrollo no se vea afectado.

Gracias por su atención

Atentamente

Yenci Perdomo

Powered by CamScanner

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
INDICACIONES
HOSPITAL CENTRAL

Fecha de Impresión
2024/05/13 06:30:45p.

Paciente : RC 1116044236 JULIETA ESTRADA GONZALEZ **No. Historia** 116044236 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :** A
Fecha de Evolución : 2024/05/13 06:00:43p.m. **Edad :** 3 A?os **Sexo :** Femenino
Ubicación Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Urgencias **Tipo Urgencia:** INFANTIL

INCAPACIDAD POR 5 DIAS POR CUADRO CLINICO DE RINOFARINGITIS/CONJUNTIVITIS

Yair Alfonso Orozco Orozco
19598867
Sanidad General

ORDENADO POR
19598867 YAIR ALFONSO OROZCO OROZCO **Firma:**

c:\ips\Reportes\AtnRP008.rpt

Powered by CamScanner

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
CERTIFICADO ESCOLAR
HOSPITAL CENTRAL

Fecha de Impresión
2024/05/04 09:39:08a.r

Paciente : RC 1116044236 JULIETA ESTRADA GONZALEZ **No. Historia :** 1116044236 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :**A
Fecha de Evolución :2024/05/04 09:37:57a.m. **Edad :** 3 A?os **Sexo :** Femenino
Ubicación PISO 7 HOCEN - 710 A **Ámbito :** Hospitalario

Motivo Certificado

CERTIFICO QUER FUE HOSPITALIZADDA DEL DIA 27 DE ABRIL AL DIA 4 DE MAYO
SE DA REPOSO EN CASA POR 3 DIAS

Johana Vicenta Gonzalez Iguaran
5808912
PEDIATRA

ORDENADO POR

Firma:

-------- GONZALEZ IGUARAN JOHANA VICENTA

C:\IPS\Reportes\AtnRP03b.rpt

Powered by CamScanner

Hogar Infantil Gerona
Bogota 17 - Mayo - 2024.

Me dirijo ante ustedes como la acudiente y madre de la menor Julieta Estrada con RC 1116044236, pidiendoles el permiso para poder cuidar y terminar el tratamiento de mi hija en casa, desde el 20 de Mayo, hasta el 24 de Mayo, retomando clases el dia 27 de Mayo, gracias por su atención y por entender la situacion.

Nora Gonzalez.

Atentamente

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

Centro Medico Kennedy EPS Sanitas - NIT. 9010416913
Calle 42 Sur #78K - 30.Teléfono: 3759000
Nombre: SEBASTIEN USCATEGUI RODRIGUEZ
Identificación: RC 1027302334 - Sexo: Masculino - Edad: 4 Años

RECOMENDACIONES GENERALES
BOGOTA D.C.
16/05/2024, 11:42:56
Contrato E.P.S Sanitas: 10-4716214-1-2
Historia Clínica: 1027302334
Tipo de Usuario: Otro

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

Intervenciones: excusa medica por 8 dias a partir de hoy

Recomendaciones generales: durante 8 dias no salir al parque no centros comerciales no visitas (los adultos somos portadores de virus asinton viajes (así sea Melgar Villeta sopo cajica no salir de la casa)

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 11005402024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): NIÑO ESPITIA MONICA LETICIA CC: 1030577538 JARDIN A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1141372503	MIA	SALOME	GODOY	NIÑO	3	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
02	RC	1015486262	LEANDRO		PIANETA	CUENTAS	4	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
05	RC	1031426274	DANIEL	FELIPE	SERRATO	CASALLAS	4	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
04	RC	1012925847	ANTONELLA		ROJAS	BERNAL	4	4				A	A	I	I	I	I	I		I	A	A	A	A	A	A	A	A					14	6	
05	RC	1012925865	MARIANA	ISABELLA	PEREZ	MENDOZA	4	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
06	RC	1013155207	MARIA	JOSE	ACOSTA	NIETO	4	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
07	RC	1034792030	MARTINA		DURAN	PABON	4	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
08	RC	1010848871	CELESTE		ARROYAVE	VARGAS	4	1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
09	RC	1011256810	JEAN	PIERRE	CAICEDO	JAIMES	4	9				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I					19	1	
10	RC	1013155102	GABRIEL	NICOLAS	RIOS	BALLEN	4	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
11	RC	1240490387	ALHAN	JOSUE	CORDOVA	ORTIZ	4	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
12	RC	1022449438	VELANNY	DAYANA	LOZANO	CASTRO	4	5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I					19	1	
13	RC	1022449396	ARIADNA	ISABELLA	CALDERON	LOPEZ	4	6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
14	RC	1145229042	ANTONELLA		CELIS	MAHECHA	4	6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
15	RC	1024609616	ALEEN	NAHOMY	TIBAQUIRA	GIL	4	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
16	RC	1141370514	MARTINA		SANCHEZ	MELO	4	1				A	A	A	I	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I					18	2	
17	RC	1013155552	JACK	PATRIK	GONZALEZ		4	1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
18	RC	1030708032	CAMILO	ANDRES	ACEVEDO	MARTINEZ	4	6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
19	RC	1013155554	SARAH	ANGELY	LOPEZ	DUARTE	3	11				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
20	RC	1141368370	JERONIMO		GOMEZ	PALACIOS	4	7				A	A	A	A	A	I	A		A	A	A	A	A									14	1	V
																																TOTAL	384	11	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

MONICA NIÑO
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT. _ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO 1100540202 4
MES: MAYO AÑO 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): NIÑO ESPITIA MONICA LETICIA CC: 1030577538 JARDIN A
Codigo CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja __1__ de __1__

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1012471272	THIAGO	FELIPE	GARCIA	PADILLA	4	7				A	A							A	A	A	A	A	I	I	I	I					16	4	
02	RC	1016921703	JOSUE	ALEJANDRO	ROJAS	CRUZ	3	6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
03	RC	1011260055	EMANUEL		ARIIAS	CARO	3	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
04	RC	1011259234	ANTONELLA		BALLEN	GOMEZ	3	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	19	1	
05	RC	1011259233	LUCIANA		BALLEN	GOMEZ	3	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	19	1	
06	RC	1025564491	MARTIN	FELIPE	FORERO	QUIMBAY	3	7						A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
07	RC																																		
08	RC																																		
09	RC																																		
10	RC																																		
11	RC																																		
12	RC																																		
13	RC																																		
14	RC																																		
15	RC																																		
16	RC																																		
17	RC																																		
18	RC																																		
19	RC																																		
20	RC																																		
																															TOTAL 946		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Rozo
COORDINADOR(A) EA

MONICA NIÑO
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

E.P.S. Famisanar LTDA.
REMISIÓN DE INCAPACIDAD

(No válido como certificado de Incapacidad y/o para cobro de Prestaciones Económicas)

Consecutivo: 5502515 Fecha Exped: 2024-05-29 14:20:09 Ciudad: BOGOTA

Grupo servicio: 01 - Consulta externa Modalidad servicio: 01 - Intramural

DATOS AFILIADO

Nombre	Identificacion	Fecha Nacimiento	Edad
JOSUE ALEJANDRO ROJAS CRUZ	RC-1016921703	2020-10-16	3 Años

Tipo Cotizante	Empresa donde labora	Id Empresa
BENEFICIARIO	No registra	5010609840

DATOS INCAPACIDAD/LICENCIA

Tipo Remision	Origen	Dias solicitados	Prorroga
AMBULATORIA	ENFERMEDAD GENERAL	3	NO

Diagnostico Ppal	Diagnostico relacionado
J039	NO REGISTRA

Dias Acumulados	Presunto Origen	Incapacidad Retroactiva
0	Comun	NO

Observacion

Causa que motiva la atención
SEGUIMIENTO POR RIESGO DE DNT

DATOS DEL MEDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO

Nombre profesional	Identificacion	Reg. profesional	Especialidad
JULIANA CAROLINA PEREZ VARGAS	CC 52739243	52739243	PEDIATRIA

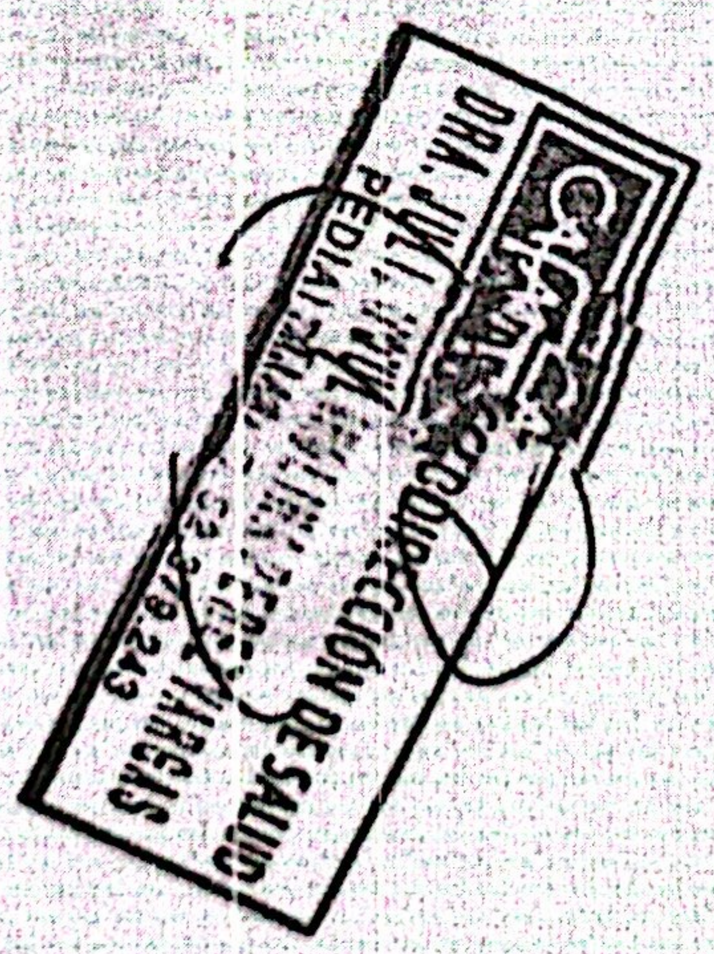
Razon social prestador	ID	Ciudad prestador	REPS
Caja de Compensación Familiar CAFAM	860013570-3	BOGOTA	110010559705

NOTAS ACLARATORIAS: 0

Firmado Electronicamente Por

JULIANA CAROLINA PEREZ VARGAS
Registro Medico: 52739243

Lugar de expedición: BOGOTA (11001)



Powered by CamScanner

Bogota 02 Mayo 2024

Colegio Gerona.

Quiero primero agradecerles x que siempre estan muy pendiente de mi pequeña Antonella Rojas Bernal de la profe Monica sin duda ods han sido mi ayuda incondicional siempre por eso quiero informarles que me sale trabajo opcional donde debo ausentarme casi una semana y esta razon mi hija no estara desde el dia 03 mayo hasta 10 de mayo, con regreso el dialones 14 martes dia qod gradan por la atencion

Catherin Bernal 1022370000.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540 2024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GIL MARIN MARIA CRISTINA CC: 1.033 681 424 JARDIN B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831100

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1013155037	AYELIN	SOFIA	ZAMBRANO	PEÑA	4	5				D	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1074100473	APRIL	SALOME	ESCOBAR	GIL	3	8				D	A	A	A	A	A		I	D	I	I		A	A	A	A	A	A	A	A		17	3	
03	RC	1233517282	LUCIANA		HERNANDEZ	CARRILLO	4	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
04	RC	1025564627	BENJAMIN		MUNIVE	ORTIZ	4	8				D	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05	RC	1233517107	ABIGAIL		RIOS	RODRIGUEZ	4	9				D	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
06	RC	1013154671	EMMANUEL	SANTIAGO	ZAPATA	NIETO	4	9				D	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
07	RC	1176218572	DAYNERIS	CAROLINA	NUÑEZ	MARQUEZ	4	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
08	RC	1243758049	MARIANGEL		MORA	MEDINA	4	5				D	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
09	RC	1233517325	EYDAN	MATHIAS	RIVEROS	BALLESTEROS	4	1				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
10	RC	1023169119	NALA	LUCIANA	ORTEGA	RODRIGUEZ	3	11				D	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	A	D	I	D				18	2	
11	RC	1146143222	SAMUEL	MATIAS	BARCO	HERRERA	3	9				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A				20	0	
12	RC	1106902296	JULIANA	VICTORIA	SUAREZ	CASALLAS	4	1				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	I	A	A				19	1	
13	RC	1013155541	JACOBO		CORTES	HERRERA	3	11				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A				20	0	
14	RC	1141369082	MARIA	FERNANDA	GARZON	RUIZ	4	5				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	D	A	A				20	0	
15	RC	1019849140	FEDERICO		GUAYAN	GONZALEZ	4	1				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A				20	0	
16	RC	1141370540	ARIANA		MURCIA	MENDEZ	4	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A				20	0	
17	RC	1012926288	LIAN	DAVID	JIMENEZ	HERRERA	4	2				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A				20	0	
18	RC	1012925738	ANDRES	FELIPE	PINZON	SIERRA	4	5				A	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	A	A	I	A				18	2	
19	RC	1300000922	SINAIS	MILAGROS	GOYO	VALERA	3	10				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A				20	0	
20	RC	1013155658	VERONICA		GONZALEZ	GARZON	3	10				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A				20	0	
																												TOTAL					392	8	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MÚJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NUMERO DE CONTRATO: 1100540 2024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GIL MARIN MARIA CRISTINA CC: 1.033.681.424 JARDIN B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1030707418	ISABELLA	XUE	ZHENG	JAIMES	3	9				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1012926380	LIAN	DANIEL	LOBO	CASTELLANOS	3	9				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
03	RC	1048089507	LUCIANO	ALESSANDRO	MORA	OSPINA	4	0				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	A	A		16	4	
04	RC	1034792252	ARYANA		VELANDIA	MONROY	4	0				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	76	4	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner