ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS	Código: FOR-PSS-146 Versión: 0 Fecha: Memo INT18493 - 09/04/2018 Página: 1 de 3

NOMBRE DEL SERVICIO: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA DIURNO

NOMBRE DEL CENTRO: SALAMANDRA

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	FECHA DE INGRESO	LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA
Johan Camilo Corzo Yama.	1024610717	Amoxicilina 250 mg/5ml.	Suspensión oral.	100ml.	17/07/2024	3323245.	2020M-010613-R3.	12/25.	EPS.	KELLY ADRIANA DUQUE	CC1007718433 Karen Yumca

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-145
Versión: 1
Fecha: Memo I2019031526 - 12/07/2019
Página: 1 de 1

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Salamandra.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Jonan Camilo Cajo Yaima
No. DE DOCUMENTO: 1024610717.
RC: [X] TI: [ ] CC: [ ]

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)																																																					
	17/07/24.			18/07/24			24/07/24			25/07/24			30/07/24			31/07/24			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Oral, 6ml.	X				X			X			X			X			X																																				
Suspensión Oral,																																																					
Cada 24 Horas.																																																					
Nombre y Cédula del Profesional de la Salud MAÑANA (xx:xx - xx:xx horas) TARDE (xx:xx - xx:xx horas) NOCHE (xx:xx - xx:xx horas)	Keidy Paola Duque				Keidy Paola Duque			Keidy Paola Duque			Keidy Paola Duque			Keidy Paola Duque			Keidy Paola Duque																																				

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

SOLICITUD MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

9A2A7EAB7F **Fecha historia:** 10/07/2024 2:53:18 p. m. Página 1/1

folio: 24 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

AVENIDA CARACAS # 1-65 **Telefono:** 3330334393

ACIÓN

CORZO YAIMA
JOHAN CAMILO
CL 71L N 27-64 SUR - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
3213775288 - 3138747359
ponsable: SALUD TOTAL EPS
ocial: SALUD TOTAL EPS

Historia N. : 1024610717
Tipo documento: RC **Numero:** 1024610717
Edad: 03 Años 06 Meses 08 Dias (2/01/2021)
Sexo: MASCULINO
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Tipo afiliado: NO APLICA

MANEJO

NTOS EXTRAMURAL:

nto	Administración	Duración	Cantidad
NA 250 MG/5 ML POLVO PARA TUIR A SUSPENSION ORAL FRASCO X 100	Administrar 6 mL cada 24 Hora(s) de forma ORAL por 90 Dia(s)	90 Dias	6

ción clínica PBS:

l en letras: **(Seis)**

DIAGNÓSTICA

Diagnóstico	Observaciones	Principal
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA		☑
ENFERMEDAD DEL BAZO, NO ESPECIFICADA		☐
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS		☐
NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS UNICAS ESPECIFICADAS		☐

Vigencia: (Formula vigente para 30 días)

1353023

Profesional: ELIANA CARMERIA PENA HOYOS

CONSULTA EXT

Powered by CamScanner

Bogota DC

17 de Julio de 2024

Señores:

Jardin Salamandra

Por medio de la presente yo Karen yiseth yaima Yaima con Cedula de ciudadania numero 1.007.718.433 Bogotá. Autorizo que se le administre a mi hijo Johan Camilo Cerzo Yaima el medicamento profilaxis Amoxicilina en el horario de las 12 del medio dia, por parte del personal Jardin Salamandra. Asi mismo me hago totalmente responsable de esta decision, liberando a el Jardin de cualquier responsabilidad o contraindicacion que pueda ver como resultado del suministro del medicamento de mi hijo, mil gracias por su atencion prestada.

Atentamente,

Karen Yaima
cc 1007718433
cel 3213775288

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-209 Versión: 0 Fecha: Memo 20210105000 - 20/09/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Prejardín 1 NUIP: 1024610717 NIÑA O NIÑO: Thoan camilo Ospa yama

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Karen Yama Yaima

ACUDIENTE PRINCIPAL: PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: YENY PAOLA DUQUE

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	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
17/09/24	7:32am	JI Salamandra	Siendo las 7:32am ingresa Thoan en compañía de su madre Karen quien informa que el día de ayer le hicieron exámenes al niño para saber si tiene leucemia, refiere que en cuanto salgan presentará soportes al jardín, también entrega orden medica, consentimiento informado y una petición especial para dejar la amoxicilina (medicamento que se le debe dar al niño todos los días después de almuerzo 6ml de forma oral indicado por la infectología pediatra Eliana Carmenza Pena Hoyos) en el jardín ya que no considera pertinente.

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	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 LA NOVEDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	transportadora todos los días en la ruta y no todas las veces ella (madre de Thoan) recoge al niño, se le informa que se le asignará un espacio en el botiquín de la enfermería del Jardín con lo que ella se encuentra muy de acuerdo, se realiza la firma de novedades y formato de recepción o ingreso de medicamento, se recibe consentimiento informado, solicitud, medicamento y orden médica el niño ingresa en aparente buen estado físico y emocional, la madre lee las novedades con las que se encuentra 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
YENY PAOLA DUQUE U. Profesional de Atención a Primera Infancia	Karen Yaima CC 1007713433

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	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 LA NOVEDAD
17/09/24	16:00pm	Ruta escolar Jardín Salamandra Parada Parque Illman L	Siendo las 16:00pm sale Thoan de la ruta en buenas condiciones físicas y anímicas en compañía de su madre Karen a quien se le informa que el niño pasó un día sin eventualidades, se le suministró el medicamento Amoxicilina 250mg/5. frasco x 100 a las 11:52am. 6ml. Vía oral, no presenta reacción o molestia al mismo, pasó un resto de día normal, se continuará suministrando el medicamento a la misma hora, la madre agradece la información y se encuentra de acuerdo por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
YENY PAOLA DUQUE U Profesional de Atención a Primera Infancia	Karen Yama CC 1007713433

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	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 LA NOVEDAD
22/09/24	7:05am	Hogar de la familia.	Siendo las 7:05am. se comunica vía whatsapp la Sra Karen Ospa de el número 3213775288 informando que el niño no asistirá el día de hoy ya que deben repetirle unos exámenes que le salieron mal. y adicionalmente tiene una radiografía, también refiere que anoche no durmió bien, estuvo un poco inquieto por lo tanto al llegar de los exámenes se quedarán en casa descansando se agradece por la información y se informa que lo dialogado quedará consignado en una novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
YENY PAOLA DUQUE Profesional de Atención a Primera Infancia	NO APLICA.

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-P133-300 | Versión: 0 | Fecha: Memo 20210153000 - 20/05/2021 | Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Prejardin 1 NUIP: 1024610717 NIÑA O NIÑO: Johan Camilo Cobo Yaima.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Karen Yaima Yaima.

ACUDIENTE PRINCIPAL: PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: 1604 PAOLA DUQUE

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	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
10/07/24	1230pm.	JI Salamandra	Siendo las 1230pm. Se acerca la Sra Karen a llevarse al niño ya que tiene cita medica con especialista de infectologia a las 2pm. Se le hace entrega de arepa (pernil, Avena, Pera). El niño sale en buenas condiciones físicas y emocionales en compañia de su madre a las 1239pm. Se recuerda a la Sra entregar soporte de la cita. En este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: 1604 PAOLA DUQUE UMBARILA DOCENTE

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Karen Yaima CC 1007778433

TIPO DE NOVEDAD	1	X	3	4	X	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 LA NOVEDAD
11/07/24.	730am	Ruta Escolar Parada Parque Illimani	Siendo las 730am ingresa Jhoan en compañia de su madre Karen a la ruta, el niño se observa en aparente buen estado físico y emocional, la Sra Karen refiere que le enviaron un tratamiento al niño para suministrarle medicamento en el Jardin, pero traerá la orden cuando haya reclamado el medicamento, por ahora entregará Historia clinica donde indica las enfermedades que padece el niño (enfermedad pulmonar, Enfermedad del Rh, convulsiones). Se agradece a la Sra por la información se le refiere que el niño estará en observación durante el dia.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: 1604 PAOLA DUQUE U. DOCENTE

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Karen Yaima CC 1007778433

TIPO DE NOVEDAD	1	X	3	4	X	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 LA NOVEDAD
11/07/24.	16:00pm.	Ruta Escolar Parada Parque Illimani.	Siendo las 16:00pm sale Jhoan de la ruta en compañia de su madre Karen en buenas condiciones físicos y anmicos se informa a la Sra que el dia que traiga el medicamento debe entregar Consentimiento informado autorizando a la maestra a suministrar el medicamento al niño, tambien la orden medica con la dosis a suministrar y el medicamento como tal, con lo que la Sra se encuentra de acuerdo finalmente se le informa que el niño tuvo un dia sin eventualidades. Comió bien y participó en las actividades del dia.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: 1604 PAOLA DUQUE U. Profesional de AT a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Karen Yaima CC 1007778433

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	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 LA NOVEDAD
16/07/24	9:00am	JI Salamandra	Siendo las 9:00am. llega la Sra Karen con Jhoan a suministrar el desayuno a su niño ya que se lo va a llevar pues tiene unos exámenes medicos y va a reclamar el medicamento que tiene pendiente, se informa a la Sra el procedimiento para suministrar el medicamento al niño en el Jardin y que este entrado y salga del Jardin diariamente, la Sra le da los alimentos al niño y salen del Jardin a las 925 se le hace entrega de arepa Boyacense, Manzana y avena, el niño sale en buenas condiciones EVA.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: 1604 PAOLA DUQUE Profesional de AT a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Karen Yaima CC 1007778433

Powered by CamScanner