ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Mmmo D2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JIC Celestin Freinet Rincón RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL: Prejardín NUIP: 1031856256 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

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
24.06 2024	00: 49	JICC, RINCÓN	Siendo las 00:49 la profesiona viviana Arevalo realiza llamada a la señora Karen con cc: 1219213134 mamá del niño Samuel Vela, al número de celular 3157240312, a lo que no contestan a la llamada, luego a las 12:51 la señora Karen por medio de whatsApp dejando un Audio "Hola profe como estas buenas tardes vi que me estabas marcando, Profe si es para preguntar por samuelito

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	Es que amaneció muy enfermito de tos entonces decidi no enviarlo esta aca en la casa conmigo" se continua con seguimiento 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
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
25.06 2024	7:35	JICC RINCÓN	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD Siendo las 7:35 el niño Samuel Vela llega en la ruta, donde la profesional lo recibe en el Aula de prejardin y en lo que se puede observar ingresa en buenas condiciones de salud, durante el dia no presento tos, consumio los alimentos con agrado y en su totalidad al igual que participo de la experiencia

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	Pedagogica sin ninguna dificulta, Sale Nuevamente del jardin en buenas condiciones de salud, se continua con seguimiento a 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
NO APLICA	NO APLICA

Powered by CamScanner

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 SUBA UNIDAD OPERATIVA JIC Celestin Freinet Rincon RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL Prejardin NUIP 1031836256 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela

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

ACUDIENTE PRINCIPAL Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

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 ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
26.06 2024	7:35	JICC RINCÓN	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD Siendo las 7:35 el niño Samuel Vela llega el dia de hoy en la ruta, donde la profesional lo recibe en el espacio pedagogico de prejardin 2, y en lo que puede observar el niño ingresa en muy buenas condiciones de salud, durante el dia participo de las actividades no presentando dificu-

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	X	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	ta nitos, de lo contrario se observo activo y participativo, consumio los alimentos con agrddo y en su totalidad, en la tarde sale nuevamente en la ruta observandose en muy buenas condiciones de salud el niño Samue Vela, en este punto se cierra 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
PROFESIONA API LADY VIVIANA AREVALO	NO APLICA

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 LA NOVEDAD
27.06 2024	00:13		Siendo las 00:13 la profesional tiene comunicación via telefonica con la señora Karen Vela con cc: 1219213334 mamá del niño Samuel Vela, al número de celular 3157240312 donde no se logra tener una comunicación ya que no responden a la llamada, donde la profesional procede a dejar un mensaje por via whatsApp para conocer el motivo de inasi- stencia del niño Samuel Vela, a lo que

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	X	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	responde la abuelita materna del niño samuel Vela, por el mismo medio de comunicación " Buenas tardes profe Samuel esta desde ayer en la tarde en la clinica con mi hija Karen, cuando ella llegue le digo que se comunique con usted" se continua con seguimiento a 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

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

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	Memo INT 43362 - 3/08/2018
Página	1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA DIA	MES	AÑO	HORA

Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA				MOTIVO			
INGRESO		OTRO		INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN		POR EXCEPCION	
TRASLADO		CUAL?		AMPLIACION DE INFORMACIÓN	X	OTRO	
PERMANENCIA				CUAL?			

Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vela	Angarita	Samuel	David

NOMBRE IDENTITARIO	SEXO		
	X HOMBRE	MUJER	INTERSEXUAL

TIPO DE DOCUMENTO						NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO
RC	X	TI		CC		1031856256	02	07	2020
NUIP		CE		NO TIENE					

Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL						SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE			
¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?	SI X	NO	RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL			CALIDAD DEL BENEFICIARIO		SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	
			CONTRIBUTIVO	X	ESPECIAL	BENEFICIARIO	X	DESPLAZAMIENTO	PROSTITUCION
			SUBSIDIADO			COTIZANTE		MENDICIDAD	OTRO
								DESEMPLEO	

ESTADO DE SALUD			RED DE APOYO	
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI / NO		SI / NO	CUENTA CON RED DE APOYO	X SI / NO
SI	NO	¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?		TIPO
	X	¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS?		FAMILIAR X
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA		¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?		INSTITUCIONAL X
				OTRAS
				CUAL?

Capitulo D. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD?	SI	NO X
¿ESTA CERTIFICADA?		

TIPO DE DISACAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO			
ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE	✓		
ASEARSE	✓		
MOVERSE	✓		
MOVERSE EN CALLE	✓		

(*) Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?	SI	NO
BASTON		X
MULETAS		X
SILLA DE RUEDAS		X
OTRO CUAL?		

Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACION GEOGRAFICA	ESTRATO
Cll 136 94C-24	CELULAR	Villa Elisa	Suba	X URBANO / RURAL	3

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Sandra Milena Angarita		Abuela	X SI / NO

NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR	NO APLICA	DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR:	NO APLICA
Sandra Milena Angarita			

TIPO DE FAMILIA

UNIPERSONAL ☐ COMPUESTA ☐ NUCLEAR ☐ HOMOPARENTAL ☐ MONOPARENTAL ☐ X EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS-AS ☐ SIMULTÁNEAS ☐

No. Pers Que Conviven

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?		
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?		

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? ☐ DIARIA ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ OTRO

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	Memo INT 43362 - 30/8/2018
Página	1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA DIA	MES	AÑO	HORA

Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA				MOTIVO			
INGRESO		OTRO		INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN		POR EXCEPCION	
TRASLADO		CUAL?		AMPLIACION DE INFORMACIÓN	X	OTRO	
PERMANENCIA				CUAL?			

Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vela	Angarita	Samuel	David

NOMBRE IDENTITARIO	SEXO		
	X HOMBRE	MUJER	INTERSEXUAL

TIPO DE DOCUMENTO						NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO
RC	X	TI		CC		1031856256	02	07	2020
NUIP		CE		NO TIENE					

Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL						SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE			
¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?	SI X	NO	RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL			CALIDAD DEL BENEFICIARIO		SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	
			CONTRIBUTIVO	X	ESPECIAL	BENEFICIARIO	X	DESPLAZAMIENTO	PROSTITUCION
			SUBSIDIADO			COTIZANTE		MENDICIDAD	OTRO
								DESEMPLEO	

ESTADO DE SALUD				RED DE APOYO	
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA?	SI	NO		CUENTA CON RED DE APOYO	X SI NO
		X	¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?		TIPO
			¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS?		FAMILIAR X
			¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?		INSTITUCIONAL X
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA					OTRAS
					CUAL?

Capitulo D. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD?	SI	NO X
¿ESTA CERTIFICADA?		

TIPO DE DISCAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO			
ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE	✓		
ASEARSE	✓		
MOVERSE	✓		
MOVERSE EN CALLE	✓		

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?	SI	NO
BASTON		X
MULETAS		X
SILLA DE RUEDAS		X
OTRO CUAL?		

Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACION GEOGRAFICA	ESTRATO
Cll 136 94C-24	CELULAR	Villa Elisa	Suba	X URBANO / RURAL	3

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Sandra Milena Angarita		Abuela	X SI NO

NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR	NO APLICA	DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR	NO APLICA
Sandra Milena Angarita			

TIPO DE FAMILIA

UNIPERSONAL ☐ COMPUESTA ☐ NUCLEAR ☐ HOMOPARENTAL ☐ MONOPARENTAL ☐ X EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS-AS ☐ SIMULTÁNEAS

No. Pers. Que Conviven	

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?		
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?		

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE _____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? _____

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR _____

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? ☐ DIARIA ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ OTRO

Powered by CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	
Página	1 de 4

Capítulo F. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MOVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCION		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA				FORMA DE PAGO				ESTADO DE LA VIVIENDA		CONDICION DE LA VIVIENDA			
PROPIA		OTRA		DIARIA		MENSUAL		CONSTRUIDA		RUINA		ACEPTABLE	
ARRENDADA		CUAL		SEMANAL		OTRO		EN CONSTRUCCION		DEMOLICION			
AMORTIZANDO				QUINCENAL		CUAL		OBRA NEGRA		BUEN ESTADO			

SERVICIOS PUBLICOS						ILUMINACION		VENTILACION		ASEO		PISOS			
AGUA	X	ACUEDUCTO	X	ALUMBRADO PUBLICO	X	BUENA	X	BUENA	X	BUENA		MADERA		BALDOSA	X
LUZ	X	GAS NATURAL		ALCANTARILLADO	X	REGULAR		REGULAR		REGULAR	X	TIERRA		OTRO	
TELEFONO		ASEO				MALA		MALA		MALA		CEMENTO		CUAL	

PAREDES						TECHO				TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR					
LADRILLOS	X	ADOBE		OTRO		TEJA		OTRO		GAS NATURAL	X	COCINOL		CUAL	
LATAS		CARTON		CUAL?		TELA		CUAL?		GAS PROPANO		CARBON			
MADERA		POLISOMBRA				PLANCHA	X			ELECTRICIDAD		OTRO			

ESPACIOS										PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA		
	Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		DOMESTICOS	X	CUAL? Gato
HABITACIONES	3		COMEDORES	1		PATIOS				VECTORES		
COCINAS	1		SALAS	1						OTRO		
BAÑOS	2		LAVADEROS	1								

	SI	NO		SI	NO
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME?		X	¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		X
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA?		X	¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?		X

Capítulo G. ENTORNO

SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO					ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO	
EXPENDIO DE DROGAS		ZONA DE PROSTITUCION		CUAL		PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
BASURERO		ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación)				EN RUINA
AGUAS NEGRAS		OTRO				DESTAPADA
						PAVIMENTADO

Capítulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Capítulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO	OBSERVACIONES
PSICOSOCIAL			ABANDONO			OTRO			
ECONOMICO			DESALOJO			CUAL?			

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	
Página	1 de 4

CAPITULO I. CONCEPTO PROFESIONAL

PROBLEMÁTICA

Se lleva a cabo visita domiciliaria, teniendo en cuenta que Samuel no asiste al jardín el viernes y la familia no ha dado información al respecto.
La Sra Sandra Milena informa que la mamá Karen el miércoles en la noche al acompañar al niño al baño observó que tenía la colunga'. Asistieron a urgencias a la clínica La Colina. El pediatra lo atendió y dijo que estaba bien, pero que debía quedarse hospitalizado para realizar un seguimiento a la situación, fue atendido por Psicología y Psiquiatría. Según informa la abuela, que se ha entendido porque le comentó la hija-Karen, a pesar de no haber encontrado nada, consideran que el niño no vuelva al jardín y que el seguimiento por parte del ICBF continúe.
La abuela refiere que la mamá se va a presentar al jardín para informar la situación.
se espera que la mamá se presente al Jardín con los soportes medicos.

REFERENCIACIONES

REFERENCIACIONES A UN PROYECTO SDIS: SI ☐ NO ☐

INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	

REFERENCIACIÓN A OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☐

INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	Código: FOR-PSS-010 Versión: 2 Fecha: Página 1 de 4

Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

CONCEPTO TECNICO

Capitulo K. FIRMAS

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Sandra Milena Angarita

NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Yazmin Roldán O Nutricionista
CC 52104306

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

ACTA N°

FECHA: Bogotá, 1 Julio /2024.

HORA: 1:00 pm - 2:35 pm

LUGAR: JI Celestin Rincon

TEMA: Segimiento

ASISTENTES:
Karen vela mama de samuel vela
coordinadora
Docente viviana arabalo y psicologa Karina Blanco.

ORDEN DEL DÍA:

DESARROLLO:

la señora relata que el dia sucuas en el acompañamiento que realiza en la rutina de higiene del niño evidencia que el niño tiene la cola roja. por lo que lo lleva a la unidad medica. Clinica la colina ingresa por presunto codigo blanco. la primera persona que lo atiende es triaje y posterior el pediatra. el cual le dice no encuentra ningun rasgo de violencia como golpes y en su zona genital "anal" o desgarro, el no puede descartar un abuso por ello continua con la ruta por trabajo social psicologia y psiquiatria hospitalizan al niño tienen la atencion por psiquiatria quien dice que no presenta actitudes de un niño violentado sin embargo menciona la necesidad preventiva de remicion ambulatoria por psiquiatria y psicologia, la trabajadora social indaga sobre el entorno familiar y junto a psicologia deciden reportar con ICBF. en la valoracion de psicologia le realiza preguntas sobre el estado del niño la cual tambien menciona que se le da manejo ambulatorio

Powered by CamScanner

por que no evidencia signos y síntomas de violencia física y sexual.
la mama viene de juego de cobro la mamá menciona que al momento la mama menciona que sospecha del jardín infantil por lo que se orienta sobre el recorrido y adicional se orienta proceso de auto cuidado ya que el niño presenta diagnostico tdha y baja comprensión verbal así como se orienta en conductas de auto cuidado en relación a su diagnostico, la mama menciona que la otra hija de 11 años cuenta con el mismo diagnostico tdhc.
la mama menciona que no sabe si deja al niño en el jardín se Orienta sobre el proceso se compromete. darnos una respuesta. con la docente

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
→ hacer llevar historia clínica		1 /julio /2024
→ informar sobre procesos con ICBF		1 / julio / 2024
→ actualizar documentación sobre diagnostico del niño		1 - / julio /2024

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día _____

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Karen vela	mamá	1219713139	
Karina Blanco	psicóloga	SDIS	
Maricela Rojas T	Responsable del S.	J.I.C. Rincón	
JADY VIVIANA APEVALO	Profesional en atención a la Primera Infancia.	J. IC. Rincón	JADY APEVALO

Anexos: ordenes psicología.

Elaboró: Karina Blanco

Powered by CamScanner

ACTA N° __

FECHA: Bogotá, 10-07-2024.

HORA: 7:45 am. - 8:45 am.

LUGAR: Jardin Celestin Rincon.

TEMA: Atencion: Cita mamá de Samuel Vera.

ASISTENTES: Registrada en firmas.

ORDEN DEL DÍA: Se cita a la mamá de Samuel Vera.
- Socializar información médica. y Dx.
- Socalizar Estrategia entre pares.

DESARROLLO:

Me hacerco a la unidad operativa Celestin Rincon con el objetivo de atender la mamá de Samuel Vera ya que se me reporta, teniendo en cuenta que hay un diagnostico de Alteracion en el desarrollo con compromiso lenguaje y habla.

Al hablar con la profesional de incaneia del nivel me comento que la mamá del niño le comunico vía telefonica que salio de viaje por ende se lleva el niño y hasta la proxima semana regresaria.

En suma se deja por acta la no asistencia de la señora a la cita programado para el día 10-07-2024 alas 8:00 am.

Dicha información se socializa con la coordinadora concluyendo el volver a citar la señora para la proxima semana.

Powered by CamScanner

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día: _____

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Mireya Rodriguez	Edu. Especial	SDIS-infancia	
Maricela Rojas T	Responsable dcto.	J.I.C.C Rincon	Maricela Rojas.
LADY LORENA AREVALO	PROFESIONAL API	JICC RINCÓN	LADY AREVALO

Anexos:

Elaboró: Mireya Rodriguez

Powered by CamScanner

ACTA N°

FECHA: Bogotá 12/Julio/2024

HORA: 3:28 PM - 3:40 PM

LUGAR: JI Celestin Freinet

TEMA: Seimiento y Comunicacion telefonica con la señora Karen natalia vela ongarita.

ASISTENTES:
Docente primera Infancia
psicologa

ORDEN DEL DÍA:
seimiento por presunto ASI externa.

DESARROLLO:
posterior ala visita domiciliaria como seimiento al niño Samuel David vela proceso a comunicarme con la señora Karen pro genitora del niño quien el momento se encuentra en melgar en donde el abuelo del niño.
ella menciona que el niño se enecuentra enoptimas con diciones de salud, no ha recivido llamados por parte de ICBF mantiene comunicacion constante con la docente la cual le informo de manera verbal que salia con sus hijos para melgar no a enviado la carta yo que no cuenta con red wifi

Powered by CamScanner

ni los documentos como historia clinica la señora Karen natalia menciona que el dia martes en los horas de la mañana el niño retorna a la unidad operativa con mismo ella se dirije al Jardin y aporta la documentacion solicitado.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Karina Blanco	psicologa	SDIS	Karina B
JHOVANA VIVIANA A	Profesional API	JICC RINCON	JHOVANA

Anexos: formato acompañamiento entorno familiar.

Elaboró: Karina Blanco

Powered by CamScanner

MARICELA ROJAS TORRES <sederincon@celestinfreinet.edu.co>

solicitud de información

MARICELA ROJAS TORRES <sederincon@celestinfreinet.edu.co> 12 de julio de 2024, 15:50
Para: atencionalciudadano@icbf.gov.co
Cc: Yohanna Paola Nuñez <yohannapaolanunez@gmail.com>, andreacastroh75@gmail.com
Cco: karinablanco0311@gmail.co

cordial saludo, por medio de la presente me permito solicitar si hay información de activación de ruta, por presunto código blanco al niño.
SAMUEL DAVID VELA ANGARITA
NUIP 1031856256
gracias quedamos atentas a cualquier información

Cordialmente

Maricela Rojas Torres
Responsable del Servicio

Jardín Infantil C.C. Rincón

Powered by CamScanner

ACTA N°

FECHA: Bogotá 16 de Julio 2024.

HORA: 2:58 PM.

LUGAR: Jardín infantil Cofinanciado celestin freinet Rincon.

TEMA: Entrega documentos.

ASISTENTES: Karen Natalia
Maricela Rojas T.

ORDEN DEL DÍA:

DESARROLLO: Siendo las 2:58 pm del 16-07-2024 se acerca al jardin infantil la madre del niño Samuel David Vela Angarita, quien es atendida por la responsable del servicio Maricela Rojas, se indaga por el estado de salud del niño a lo que la madre refiere que se encuentra en buen estado, la madre hace entrega de la historia clinica del dia 26-06-2024 Cuando hizo ingreso al servicio de urgencias de la clinica Cdina Con un total de 6 folios, se dialoga con la mamá acerca de la desicion de regresar al jardin infantil a lo que refiere: mayotena que estuvieran al Pendiente de Samuel si tiene algun cambio de comportamiento diferente al Normal como yo lo hago en casa Poder estar mas Pendiente de su Desarrollo.

Powered by CamScanner

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Karen Lela.			

Anexos:

Elaboró:

Powered by CamScanner

Clínica LaColina

ADMINISTRADORA COLINA S.A.S

EPICRISIS

Clínica LaColina

Paciente: SAMUEL DAVID VELA ANGARITA **Identificación:** CEDULA 1031856256 de BOGOTA D.C

Edad: 4 Años - Sexo MASCULINO - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR **COMPENSAR EPS**

Servicio de Ingreso	Fecha de Ingreso	Servicio de Egreso	Fecha de Egreso
URGENCIAS PEDIATRICAS CLC	26/06/2024 8:29 p.m.	SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC	27/06/2024 10:31 p.m.

COMPLICACIONES

DATOS DE EGRESO

MOTIVO DE CONSULTA
MOTIVO CONSULTA: 3 AÑOS. SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL MADRE OBSERVA ENROJEIMCIENTO EN ANO Y FISURA , EL NIÑO MANIFIESTA QUE UN HEMBRO LO TOCO

ENFERMEDAD ACTUAL
MAMA KAREN VELA

PACIENTE CON CUADRO DE 1 HORA DE EVOLUCION DE EVIDENCIA POSTERIOR A DEPOSICIN, DE ERITEMA EN SURCO INTERGLUTEO, CON DOLOR A LA PALPACION, EVIDENCIA FISURA ANAL. REFIERE SER GOLPEADO Y MANIPULADO EN REGION GENITAL

ASISTE A JARDIN INTEGRACION SOCIAL CELESTIN FREYNER RINCON

REVISION POR SISTEMAS
HABITO INTESTINAL Y URINARIO NORMAL
NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS CRONICOS

INSPECCION GENERAL
BUEN ESTADO GENERAL
PESO: 21 KG
FC= 110
FR= 25
T= 36.1
SPO2= 96
PB 16 CM
PT 1.84 SD
TE 1.14 SD

ANTECEDENTES
- CONVIVE CON ANIMALES (HABITACIÓN): GATO;
- OTRO (DESCRIBIR) (HÁBITOS FAMILIARES): VIVE CON LA MADRE, EL HERMANO DE 9 AÑOS Y LOS TIOS MATERNOS. DESDE LOS 8 MESES ASISTE A LA GUARDERIA;
- TABAQUISMO (HÁBITOS FAMILIARES): LOS TIOS MATERNOS FUMAN, CONVIVE CON ELLOS. ;
- TABAQUISMO (HÁBITOS FAMILIARES): NIEGA;
- OTROS (DESCRIBIR) (SITUACIÓN EMOCIONAL): VIVE CON ABUELA MATERNA, TIOS MATERNOS DE 23 Y 24 AÑOS, HERMANO DE 11 AÑOS Y MAMA. PAPA AUSENTE;
- NINGUNA (ALERGIAS): ;
- NINGUNA (ALERGIAS): ;
- NINGUNA (ALERGIAS): ;
- NINGUNA (ALERGIAS): ;
- NINGUNA (ALERGIAS): ;
- NO (ANT.FARMACOLÓGICOS/CONCILIACIÓN): NO;
- NO (ANT.FARMACOLÓGICOS/CONCILIACIÓN): .;
- NO (ANT.FARMACOLÓGICOS/CONCILIACIÓN): NO;
- NO (ANT.FARMACOLÓGICOS/CONCILIACIÓN): ;
- SI (ANT.FARMACOLÓGICOS/CONCILIACIÓN): ;
- NINGUNA (DISCAPACIDAD): ;
- NINGUNA (DISCAPACIDAD): ;
- NINGUNA (DISCAPACIDAD): NO;
- NINGUNA (DISCAPACIDAD): ;
- NINGUNA (DISCAPACIDAD): ;
- NINGUNA (DISCAPACIDAD): CRECIMIENTO Y DESARROLLO NORMAL ;
- NINGUNA (DISCAPACIDAD): ;
- FORMULADOS (FARMACOLÓGICOS): SALBUTAMOL INH, BECLOMETASONA INH, PREDNISOLONA ORAL;
- FORMULADOS (FARMACOLÓGICOS): ACETAMINOFEN ;
- NO REFIERE (FARMACOLÓGICOS): ;
- NO REFIERE (FARMACOLÓGICOS): ;
- NO REFIERE (FARMACOLÓGICOS): ;
- NO REFIERE (FARMACOLÓGICOS): ;

Powered by CamScanner

Paciente: SAMUEL DAVID VELA ANGARITA **Identificación:** CEDULA 1031856256 de BOGOTA D.C

Edad: 4 Años - Sexo MASCULINO - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR **COMPENSAR EPS**

Servicio de Ingreso	Fecha de Ingreso	Servicio de Egreso	Fecha de Egreso
URGENCIAS PEDIATRICAS CLC	26/06/2024 8:29 p.m.	SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC	27/06/2024 10:31 p.m.

- NO REFIERE (FARMACOLÒGICOS): NO;
- NINGUNO (TRANSFUSIONALES): ;
- NINGUNO (TRANSFUSIONALES): ;
- HOSPITALIZACIÓN PREVIA (DESCRIBIR) (HOSPITALIZACIONES): MULTIPLES POR BRONQUITIS. POR B/N EN JUNIO/22;
- OTROS (NEURO-PSIQUIÁTRICO): LO VIÓ NEUROCIRUGIA POR SOSPECHA DE PLAGIOCEFALIA, TAC DE CRANEO SIN CRANEOSINOSTOSIS;
- OTROS (NEURO-PSIQUIÁTRICO): TRANSTORNO GLOBAL DEL DESARROLLO - DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD;
- OTROS PEDIÁTRICOS (OTROS PEDIÁTRICOS): PATOLOGICOS NACE A LAS 34 SEMANAS POR PRECLAMPSIA MATERNA REQUIRIO 15 DIAS DE HOSPITALIZACION SALE CON OXIGENO SUPLEMENTARIO POR UN MES

QUIRURGICOS NIEGA
ALERGIOCOS NIEGA
FAMILIARES : MADRE CON RINITIS Y ASMA HERMANO SANO
PAI COMPLETO
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA MAS FORMULA LACTEA ;

- NEUMONÍAS (RESPIRATORIO): NEUMONIA MANEJO HOSPITALARIO;
- HÁBITOS ANORMALES (DESCRIBIR) (DESARROLLO PSICOMOTO): RELIGION CATOLICA - IDIOMA ESPAÑOL ;
- OTROS (DESCRIBIR) (DESARROLLO PSICOMOTO): DEFICIT DE ATENCION - TERAPIAS MULTIPLES;
- OTROS (DESCRIBIR) (NEONATALES): SEGUNDO EMBARAZO DE LA MADRE, A LAS 34 SEMANAS, CESAREA DE URGENCIAS EN CLINICA DE LA MUJER POR PRECLAMPSIA, PESO 2100 GR, TALLA 46 CM. HOSPITALIZADO POR 15 DIAS, INICIALMENTE CON CAF Y DESPUES CON CANULA NASAL, NO REQUIRIO VENTILACION MECANICA. OXIGFENO DOMICILIARIO POR 2 MESES;
- OTRAS VACUNAS (OTRAS VACUNAS): PAI AL DIA PARA LOS 6 MESES. CANGURO EN HUSI. DOSIS DE PALIVIZUMAB;
- OTRAS VACUNAS (OTRAS VACUNAS): PAI COMPLETO;
- OTRAS VACUNAS (OTRAS VACUNAS): PAI EDAD - SIN COVID SIN INFLUENZA;

EXAMEN FISICO POR ZONAS ANATOMICAS

- CABEZA Y CUELLO: MUCOSA HUMEDA ROSADA OROFARINGE SIN LESIONES SIN LESIONES CERVICALES
- TORAX: SIMETRICO SIN RETRACCIONES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICUALR SIMETRICO SIN AGREGADOS
- DORSO: SIN LESIONES, SIN ESTIGMAS DE TRAUMA
- ABDOMEN: NO DISTENDIDO BLANDO NO DOLOROSO NO MASAS NI MEGLAIA NO IRRITACION PERITONEAL
- GENITALES: SIN LESIONS, PREPUCIO RETRACTIL, SIN ESTIGMAS DE TRAUMA
- TACTO RECTAL

: ANO NORMOTENSO SIN LESIONES AGUDAS

- EXTREMIDADES: SIN EDEMA PERFSION 2 SEG SIN ESTIGMAS DE TRAUMA
- PIEL Y ANEXOS

: SIN LEISONES

- NEUROLÓGICO: SIN DEFICIT SIN IRRITAICON MENINGEA

SIGNOS VITALES

- TALLA: 108 CM
- PESO: 21 KG
- FR. CARDIACA: 110 LAT/MIN
- FR. RESPIRATORIA: 25 RESP/MIN
- PULSOXIMETRÍA: 96 %
- TEMPERATURA: 36.1 ºC
- DOLOR: 0 VISUAL ANÁLOGA EVA

CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS

- NINGUNA

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

- T742: (PRINCIPAL) . IMPRESION DIAGNOSTICA

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS
<*> ORDEN NO. 844471 - URGENCIAS PEDIATRICAS CLC

- INTERCONSULTA MEDICA - SOSPECHA DE TOCAMIENTO

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO
PACIENTE CON CUADRO DE 1 HORA DE EVIDENCIA DE ERITEMA PERIANAL Y EN SURCO INTERGLUTEO. TRANSTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE CON DIFICIL VERBALIZACION DE LO OCURRIDO, MAMA REFIERE QUE CUANDO LE PREGUNTO DICE QUE FUE GOLPEADO Y MANIPULADO POR UN HOMBRE. AL EXAMEN FISICO SIN ESTIGMAS DE TRAUMA NI LESIONES SUGESTIVA DE ABUSO, LO QUE NO DESCARTA LA SITUACION. SE INICIA MANEJO INTRAHOSPITALARIO MULTIDISICIPLINARIO SE DILIGENCIAN FICHAS DE NOTIFICACION

DIAGNOSTICO
SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL
- TOCAMIENTO A DESCARTAR
RIESGO SOCIAL
TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD
TRANSTORNO DE DESARROLLO DEL LENGUAJE

Powered by CamScanner

Paciente: SAMUEL DAVID VELA ANGARITA **Identificación:** CEDULA 1031856256 de BOGOTA D.C

Edad: 4 Años - Sexo MASCULINO - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR **COMPENSAR EPS**

Servicio de Ingreso	Fecha de Ingreso	Servicio de Egreso	Fecha de Egreso
URGENCIAS PEDIATRICAS CLC	26/06/2024 8:29 p.m.	SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC	27/06/2024 10:31 p.m.

RIESGO DE SOBREPESO
TALLA ADECUADA PARA EDAD
BUENA SALUD ORAL

PLAN
HOSPITALIZACION PEDIATRIA
DIETA EDAD
VALORACION PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL
FICHA DE NOTIFICACION SIVIM
CSVAC
PROTECCION DE MENOR

<===PSIQUIATRÍA 27/jun/2024 21:01:51===>

CONCEPTO: RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA

DATOS DE IDENTIFICACION
EDAD 3 AÑOS
NATURAL Y PROCEDENTE DE BOGOTA
ESCOLARIDAD ASISTE A JARDIN DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRE-KINDER
VIVE CON LA MADRE, HERMANO DE 7 AÑOS, ABUELA Y DOS TIOS
INFORMANTE LA MADRE KAREN

MOTIVO DE INTERONSULTA
VALORACIÓN SOLICITADA DENTRO DE PROTOCOLO POR SOSPECHA DE CÓDIGO BLANCO

ENFERMEDAD ACTUAL
NOTA: SE REALIZA PREVIA LECTURA DE HISTORIA CLÍNICA, Y SE FAVORECE RELATO LIBRE DE LA MADRE PARA EVITAR REVICTIMIZACIÓN. FAMILIAR COMENTA QUE NO HA NOTADO NINGÚN CAMBIO A NIVEL COMPORTAMENTAL, O AFECTIVO EN SAMUEL, ASÍ COMO TAMPOCO CAMBIOS EN EL CONTROL DE ESFÍNTERES EN SAMUEL. ENURESOS O ENCOPRESIS, NI CONDUCTAS SEXUALIZADAS O EROTIZADAS. SIN EMBARGO, ANTE LOS HALLAZGOS REPORTADOS EN LA HISTORIA, Y LO MANIFESTADO POR SU HIJO, DECIDIÓ ACUDIR A URGENCIAS Y SE ACTIVÓ LA RUTA RESPECTIVA.
POR TRASTORNO EN EL DESARROLLO CON PREDOMINIO DEL LENGUAJE, LE SOLICITARON TERAPIA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL, AUNQUE LA MADRE RELATA QUE SÓLO HA RECIBIDO INTERVENCIONES POR TERAPIA OCUPACIONAL, AÚN A LA ESPERA DE INICIAR FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA FÍSICA Y PSICOLOGÍA.
ES LA PRIMERA VEZ QUE ES VALORADO POR PSIQUIATRÍA.

EXAMEN MENTAL
ENCUENTRO A SAMUEL EN LA HABITACIÓN EN COMPAÑÍA DE LA MADRE, PORTE ACORDE AL CONTEXTO, ALERTA, REACTIVO, JUEGA CON PLASTILINA E INTERACTÚA CON ENTREVISTADORA. RESPONDE A LAS PREGUNTAS REALIZADAS, LENGUAJE ESCASO, BISÍLABOS POCO COMPRENSIBLES. AFECTO MODULADO, REACTIVO, CONDUCTA MOTORA ESPERADA PARA LA EDAD.

CONCEPTO
SAMUEL ES UN MENOR DE 3 AÑOS, QUIEN SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE INICIAR TERAPIA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR TRASTORNO DEL DESARROLLO, PARTICULARMENTE DEL LENGUAJE. INGRESÓ EL DÍA DE AYER BAJO PROTOCOLO DE CÓDIGO BLANCO ANTE SITUACIONES YA DESCRITA, POR LO QUE SE ACTIVARON LAS RUTAS CORRESPONDIENTES. EN LO QUE COMPETE A MI SERVICIO, ENCUENTRO A SAMUEL CON ADECUADA INTERACCIÓN CON EL MEDIO, EL AFECTO ES REACTIVO Y PERMITE ACTIVIDADES DE JUEGO SIN DIFICULTAD. LA MADRE TAMPOCO REPORTA CAMBIOS COMPORTAMENTALES O AFECTIVOS, POR LO QUE RECOMIENDO CONTINUAR SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA, Y SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR A PSIQUIATRÍA.
SE DA SALIDA POR NUESTRO SERVICIO.
DESTINO: DOMICILIO
FECHA DE EGRESO: 27/06/2024
ESTADO: VIVO

CONDICIONES GENERALES A LA SALIDA

Powered by CamScanner

Paciente: SAMUEL DAVID VELA ANGARITA **Identificación:** CEDULA 1031856256 de BOGOTA D.C

Edad: 4 Años - Sexo MASCULINO - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR **COMPENSAR EPS**

Servicio de Ingreso	Fecha de Ingreso	Servicio de Egreso	Fecha de Egreso
URGENCIAS PEDIATRICAS CLC	26/06/2024 8:29 p.m.	SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC	27/06/2024 10:31 p.m.

<=== RECOMENDACIONES ===>

Dieta : Alimentación Saludable Mayor de 10 años - Adulto

Recomendaciones Generales : ASISTIR AL SEGUIMENTO POR PSICOLGÍA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL.
Documentos que se entregan : ORDENES MÉDICAS
Días de Incapacidad : 0

FORMULACION:
- VALORACIÓN POR CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGIA
CANTIDAD: 1
- VALORACION POR CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA INFANTIL
CANTIDAD: 1

RESUMEN DE ESTANCIA

<*> URGENCIAS PEDIATRICAS CLC el 27/jun/2024

EVOLUCIÓN - PEDIATRIA - PEDIATRÍA
27-jun-2024 07:17:00 am - SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC
Concepto:
EN COMPAÑIA DE LA MADRE
REFIERE SAMUEL DURMIO HA ACEPTADO LA DIETA

HOSPITALIZACION PEDIATRIA
DIETA PARA LA EDAD
VALORACION PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL
CONTROLD E SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS
<*> Orden Nro. 844780 - SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC
* DIETA NORMAL - Dieta
Dr. YOMAIRA HENAO MEDINA

INTERCONSULTAS TRABAJO SOCIAL - INTERCONSULTA TRABAJO SOCIAL
27-jun-2024 10:07:50 am - SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC
Concepto:
TRABAJO SOCIAL

Se da respuesta a IC generada por Dra. Andres Trochez, motivo: Sospecha de Tocamiento

Se realiza desplazamiento a servicio de observación pediatría, se encuentra paciente de 3 años, en compañía de progenitora Sra. Karen Vela, se explica motivo de IC y finalidad de valoración por Trabajo Social, refiere entender y comprender.

Paciente menor de 3 años, procedente de Ciudad de Bogotá, reside en la dirección calle 136 # 94 c 24 Apto102/Barrio Suba Villa Elisa/Localidad Suba/tenencia arriendo, teléfono de contacto 3174923175.

Paciente hijo menor de madre soltera Sra. Karen Vela/8 años/auxiliar de enfermería (cuidadora de progenitora), cuenta con hermano mayor Matias Vela Angarita/11 años/estudiante 4°. Paciente pertenece a tipología familiar extensa, conformada por progenitora, hermano mayor, tios maternos José Vela/25 años/Odontólogo, Juan David Vela/4 años/Estudiante Universitario y Abuela Materna Sandra Angarita/47 años/Condición de discapacidad (parapléjica). Paciente en colecho con progenitora y hermano mayor.

Frente a vínculos afectivos, Sra. Karen refiere vínculos afectivos cercanos, indica ella principal cuidadora de paciente, brinda acompañamiento y supervisión, refiere vínculos con tíos maternos son cercanos, sin embargo, alude contacto es mínimo ya que estos trabajan y estudian, no participan en proceso de crianza de paciente. Figura paterna ausente, niega este tenga contacto con paciente. Niega antecedentes de violencia intrafamiliar, procesos con entes de control.

Paciente escolarizado, asiste a Jardín de Integración social del Rincón, cursa grado Pre-Jardín, indica se encuentra en proceso de adaptación y en seguimiento de procesos de aprendizaje y retardo en el lenguaje, por diagnóstico de "hiperactividad", refiere este desde hace 2 meses, en seguimiento por Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología y Neurología con EPS Compensar.

En cuanto a motivo de consulta, Sra. Karen manifiesta "ayer después de que hizo popo, le fue a limpiar la cola y le vi rojo el ano, le empecé a preguntar y me dijo que un hombre lo había tocado, pero no me dio nombres, no se le entiende bien, ya luego dijo que había sido una abeja, a mí me preocupo mucho, por

Powered by CamScanner

Paciente: SAMUEL DAVID VELA ANGARITA **Identificación:** CEDULA 1031856256 de BOGOTA D.C

Edad: 4 Años - Sexo MASCULINO - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR **COMPENSAR EPS**

Servicio de Ingreso	Fecha de Ingreso	Servicio de Egreso	Fecha de Egreso
URGENCIAS PEDIATRICAS CLC	26/06/2024 8:29 p.m.	SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC	27/06/2024 10:31 p.m.

eso lo traje" Se indaga si paciente ha estado expuesto a contacto con desconocidos, indica únicamente en ruta que va hacia al jardín, refiere en esta paciente está acompañado de compañeros de la misma edad, niega en jardín le hayan generado alertas, niega paciente haya estado expuesto a contenido sexual, pornografía u otros.

De acuerdo a lo anterior, se brinda escucha activa, se orienta en derechos de menor de edad, garantía de estos, signos de alarma de violencia sexual, intrafamiliar, infantil, pautas de crianza, cuidados y supervisión de menor de edad, rutas de atención, activación de redes de apoyo, entre otros. Se indica dado motivo de ingreso caso será notificado a ICBF, refiere entender y comprender

Se socializa derecho recibir trato digno y considerado, respetando sus creencias y costumbres, así como a expresar su opinión personal acerca de su enfermedad.

Se concluye paciente menor de 3 años, escolarizado en grado pre-jardín, en quien se evidencia red de apoyo primaria presente, manifiesta principalmente en progenitora y grupo familiar de la misma, con aparentes relaciones familiares cercanas, a valoración no se evidencia factores de riesgo a nivel familiar, sin embargo, dado motivo de ingreso se realizará notificación a ICBF para seguimiento ambulatorio, se brindan orientaciones pertinentes a progenitora.

Gracias por la IC

Dr. GINNETH MABEL RODRIGUEZ PINZON

INTERCONSULTAS - PSICOLOGIA CLÍNICA
27-jun-2024 10:55:18 am - SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC
Concepto:
PACIENTE DE 3 AÑOS QUE INGRESA POR POSIBLES "TOCAMIENTOS" SEGUN REPORTE DE PROGENITORA, SOSPECHA DE CODIGO BLANCO POR LO QUE SE REALIZA INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA PROTOCOLARIA.

PACIENTE PROCEDENTE DE BOGOTÁ, ASISTE A JARDIN, VIVE CON SU MADRE Y SU HERMANO DE 11 AÑOS.
PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, DIFICULTAD EN LA EMISÓN DEL LENGUAJE POR RETRASO EN EL DESARROLLO, AFECTO ALEGRE, INQUIETUD MOTORA, ATENCIÓN DISTRACTIL, SIN ACTITUD ALUCINATORIA.

PACIENTE QUE INGRESA BAJO LA SOSPECHA DE CODIGO BLANCO, LA MADRE COMENTA QUE EL DIA DE AYER AL LLEVAR AL NIÑO AL BAÑO ENCUENTRA ENROJECIMIENTO EN EL ANO, REFIERE: "YO LE FUI A LIMPIAR LA COLITA Y VI QUE ESTABA MUY ROJA TODA LA PARTE, ME PREOCUPÉ MUCHO PORQUE NUNCA HABÍA VISTO AL NIÑO ASI", LA PROGENITORA REPORTA QUE LO MENCIONADO POR EL MENOR LE SUGIRIÓ QUE SE HABÍAN PRESENTADO APARENTES TOCAMIENTOS POR LO QUE DECIDE TRAER A LA CLINICA.

MANIFIESTA QUE EL MENOR ASISTE HACE UNAS SEMANAS AL JARDÍN, HA PRESENTADO ALGUNOS CAMBIOS EMOCIONALES QUE SUBYACEN A LA ADAPTACIÓN, MANIFIESTALA MADRE: "LOS DIAS LUNES SE PONE MAS IRRITABLE Y NO LE GUSTA IR AL JARDÍN" , COMO ASPECTO RELEVANTE MANIFIESTA QUE EN EL TRANSPORTE ESCOLAR SE TRASLADAN VARIOS NIÑOS JUNTO AL CONDUCTOR Y PROFESORAS.

EL PACIENTE SE MUESTRA DURANTE VALORACIÓN INQUIETO, CON ADECUADAO RELACIONAMIENTO CON ENTREVISTADOR, JUEGA E INTERACTTÚA, PRESENTA MARCADAS DIFICULTADES EN EL LENGUAJE, SE MUESTRA AFECTIVO, CON ATENCIÓN DISTRACTIL, NO SIGUE INSTRUCCIONES DURANTE EL JUEGO.
LA MADRE POR SU PARTE MENCIONA PREOCUPACIÓN POR EL PRESUNTO ABUSO,. SE OBSERVA LÁBIL EMOCIONALMENTE, SE REALIZA INTERVENCIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN EL ACOMPAÑAMIENTO.

PLAN: SE PERMITE AL EXPRESIÓN DE LA MADRE, SE RECIBEN PREOCUPACIOENS DE LA MISMA, SE VALIDA LA RESPUESTA EMOCIONAL SUBYACENTE A SITUACIÓN ACTUAL.
SE BRINDAN INDICACIONES SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR ABORDAJE POR PSICOLOGIA DANDO CUENTA NO SOLO DE LOS CAMBIOS COMPORTAMENTALES A LARGO PLAZO POR SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL, SINO PARA OBTENER ESTRATEGIAS DESDE PSICOTERAPIA CONDUCTUAL Y ESTABLECER METAS EN EL NIÑO, FAVORECER LA ATENCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES A TRAVEZ DE RECOMPENSAS.

SE BRINDAN SEÑALES DE ALERTA Y PAUTAS DE PREVENCIÓN DE ABUSO EN MENORES.

SE SOCIALIZA DERECHO DEL PACIENTE A RECIBIR TRATO DIGNO Y CONSIDERADO.

PROGENITORA REFIERE COMPRENDER RECOMENDACIONES

- CONTROL POR PSICOLOGIA AMBULATORIO.

SE CIERRA IC.

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS
<*> Orden Nro. 844849 - SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC
* CONSUMO DE OXIGENO POR DIA 1 a 5 litros/minuto (suspendido) -
* PULSOXIMETRIA (suspendido) -
* TERAPIA RESPIRATORIA BASICA PUFF URGENCIAS (suspendido) -
Dr. DANIELA LANDAZURI MORAN

Powered by CamScanner

Paciente: SAMUEL DAVID VELA ANGARITA **Identificación:** CEDULA 1031856256 de BOGOTA D.C

Edad: 4 Años - Sexo MASCULINO - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR **COMPENSAR EPS**

Servicio de Ingreso	Fecha de Ingreso	Servicio de Egreso	Fecha de Egreso
URGENCIAS PEDIATRICAS CLC	26/06/2024 8:29 p.m.	SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC	27/06/2024 10:31 p.m.

EVOLUCIÓN - PEDIATRIA - PEDIATRÍA
27-jun-2024 03:15:48 pm - SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC
Concepto:
EN COMPAÑIA DE SU MAMA DICE QUE ESTA TRANQUILO DURMIENDO
PENDIENTE VALORACION POR PSIQUIATRIA.
Dr. HENDRY DANIEL GUAO SALINAS

INTERCONSULTAS - PSIQUIATRÍA
27-jun-2024 09:01:51 pm - SEXTO PISO ALA ORIENTAL CLC
Concepto:
RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA

DATOS DE IDENTIFICACION
EDAD 3 AÑOS
NATURAL Y PROCEDENTE DE BOGOTA
ESCOLARIDAD ASISTE A JARDIN DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRE-KINDER
VIVE CON LA MADRE, HERMANO DE 7 AÑOS, ABUELA Y DOS TIOS
INFORMANTE LA MADRE KAREN

MOTIVO DE INTERONSULTA
VALORACIÓN SOLICITADA DENTRO DE PROTOCOLO POR SOSPECHA DE CÓDIGO BLANCO

ENFERMEDAD ACTUAL
NOTA: SE REALIZA PREVIA LECTURA DE HISTORIA CLÍNICA, Y SE FAVORECE RELATO LIBRE DE LA MADRE PARA EVITAR REVICTIMIZACIÓN. FAMILIAR COMENTA QUE NO HA NOTADO NINGÚN CAMBIO A NIVEL COMPORTAMENTAL, O AFECTIVO EN SAMUEL, ASÍ COMO TAMPOCO CAMBIOS EN EL CONTROL DE ESFÍNTERES EN SAMUEL. ENURESOS O ENCOPRESIS, NI CONDUCTAS SEXUALIZADAS O EROTIZADAS. SIN EMBARGO, ANTE LOS HALLAZGOS REPORTADOS EN LA HISTORIA, Y LO MANIFESTADO POR SU HIJO, DECIDIÓ ACUDIR A URGENCIAS Y SE ACTIVÓ LA RUTA RESPECTIVA.
POR TRASTORNO EN EL DESARROLLO CON PREDOMINIO DEL LENGUAJE, LE SOLICITARON TERAPIA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL, AUNQUE LA MADRE RELATA QUE SÓLO HA RECIBIDO INTERVENCIONES POR TERAPIA OCUPACIONAL, AÚN A LA ESPERA DE INICIAR FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA FÍSICA Y PSICOLOGÍA.
ES LA PRIMERA VEZ QUE ES VALORADO POR PSIQUIATRÍA.

EXAMEN MENTAL
ENCUENTRO A SAMUEL EN LA HABITACIÓN EN COMPAÑÍA DE LA MADRE, PORTE ACORDE AL CONTEXTO, ALERTA, REACTIVO, JUEGA CON PLASTILINA E INTERACTÚA CON ENTREVISTADORA. RESPONDE A LAS PREGUNTAS REALIZADAS, LENGUAJE ESCASO, BISÍLABOS POCO COMPRENSIBLES. AFECTO MODULADO, REACTIVO, CONDUCTA MOTORA ESPERADA PARA LA EDAD.

CONCEPTO
SAMUEL ES UN MENOR DE 3 AÑOS, QUIEN SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE INICIAR TERAPIA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR TRASTORNO DEL DESARROLLO, PARTICULARMENTE DEL LENGUAJE. INGRESÓ EL DÍA DE AYER BAJO PROTOCOLO DE CÓDIGO BLANCO ANTE SITUACIONES YA DESCRITA, POR LO QUE SE ACTIVARON LAS RUTAS CORRESPONDIENTES. EN LO QUE COMPETE A MI SERVICIO, ENCUENTRO A SAMUEL CON ADECUADA INTERACCIÓN CON EL MEDIO, EL AFECTO ES REACTIVO Y PERMITE ACTIVIDADES DE JUEGO SIN DIFICULTAD. LA MADRE TAMPOCO REPORTA CAMBIOS COMPORTAMENTALES O AFECTIVOS, POR LO QUE RECOMIENDO CONTINUAR SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA, Y SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR A PSIQUIATRÍA.
SE DA SALIDA POR NUESTRO SERVICIO.

Dr. LORENA SANCHEZ TOVAR

DOCTOR: YOMAIRA HENAO MEDINA
Reg. Medico: 32734884
Especialidad: Pediatría

Powered by CamScanner

Bogota DC

Jueves- 04-07-2024

Cordial Saludo

Jardin Infantil

Asunto: Inasistencia

Buen dia Yo Karen Natalia Vela Angarita identificada con cc 1219213134 de abu dhabi emi Por medio de esta Carta informo a ustedes como Jardin la Inasistencia de mi hijo Samuel David Vela Angarita identificado con Rc 1031656256 que los dias 04-07-2024 al 15-07-2024 No asiste Por motivo de viaje

1219213134
Karen Vela.

ok recibido 16.07.2024

Powered by CamScanner

Bogota D.C

Lunes 24-06-2024

Cordial Saludo

Jardin infantil

Asunto: inasistencia

Buendia Yo Karen Natalia vela Angarita identificada con cc 1219213134. de abu dhabi por medio de esta carta informa a ustedes como jardin la inasistencia de mi hijo Samuel David vela Angarita identificado con Rc 1031856256 que el dia 24-06-2024 NO asiste por motivos de enfermedad (Gripa, tos, mocos, flemas y malestar corporal) Por lo tanto se queda al cuidado de la madre en casa.

1219213134

Karen vela

OK recibido 16.07.2024

Powered by CamScanner

Bogota D.C

Jueves 27-06-2024

Cordial Saludo

Jardin infantil

Asunto: Inasistencia

Buen dia Yo Karen Natalia vela Angarita identificado con cc 1219213134 de abu dhabi emi Por medio de esta Carta informo a ustedes como Jardin la inasistencia de mi hijo Samuel David vela Angarita identificado con RC 1031856256 que el dia 27-06-2024, 28-06-2024, 01-07-2024, 02-07-2024, 03-07-2024 NO asiste Por motivos de urgencia medica con Codigo blanco en la Clinica de la colina y Por miedo de mi Parte como mamá tenia que estar Segura que el Jardin era 100% Segro Para mi niño.

1219213134.
Karen vela

OK recibido 16.07.2024

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN CELESTIN FREINET RINCÓN

BOLETÍN PEDAGÓGICO

SAMUEL VELA ANGARITA PRE JARDÍN 2

17 DE JULIO DE 2024 PERIODO: 2

DESCRIPCIÓN DE LA HABILIDAD

Durante este periodo Samuel se mostró cariñoso, participativo por tiempos cortos en cada una de las experiencias significativas desarrolladas, Logra identificar características de algunos objetos, los clasifica y los ordena de acuerdo a los diferentes criterios.

Relaciona su corporalidad con la del otro y lo acepta en su semejanzas y diferencias, en momentos se le dificulta controlar el volumen de los movimientos de su cuerpo, realizando actividades que implican coordinación de motricidad fina y gruesa, donde no mide el peligro que tiene al correr por los diversos espacios sin controlar la velocidad.

Expresa y vive sus sentimientos y conflictos de manera libre y espontánea, explorando diferentes lenguajes artísticos para comunicar su visión particular del mundo o medio que lo rodea utilizando materiales variados.

Participa en diálogos y otras interacciones asumiendo e intercambiando diferentes roles utilizando su fluidez comunicativa para establecer diferentes relaciones con los demás, aunque no es muy clara para su edad.

RECOMENDACIONES GENERALES

Felicitaciones a la familia por el acompañamiento que le brindan a Samuel durante el desarrollo de las diversas experiencias pedagógicas.

OBSERVACIONES

FIRMA PROFESIONAL

LINDY ARENALO

FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO

MARICELA ROJAS

FIRMA PADRE, MADRE Y/O ACUDIENTE:

Powered by CamScanner

ACTA N°

FECHA: Bogotá, 17-07-2024.

HORA: 7:30

LUGAR: Jardin Infantil Celestin Rincon.

TEMA: Acta de Ingreso Estrategia Entre Pares

ASISTENTES: Registradas en Firmas.

ORDEN DEL DÍA:
- Socializacion Estrategia Entre Pares.
- Revision de carpeta y seguimiento de procesos médicos.

DESARROLLO:

Se recibe dentro de la unidad Operativo a la Señora Karen Natalia Vela mamá del niño Samuel David Vela con NUIP: 1031856256. El cual se inicia un proceso de Observacion y fué remitido por la Coordinadora responsable de la Unidad Operativa.
En dialogo con la sra. Karen se revisa carpeta social y se observa en ella procedimientos medico como:
- Resonancia de Cerebro, la cual esta autorizada pero en espera de agendamiento.
- Terapias de Ocupacional las cuales asiste y fue remitido a fisiatria para terapias Integrales.
- Por psicologia la cual está pendiente de agendarce

Powered by CamScanner

- Examen de potenciales evocados como parte del proceso de audición.

El niño presenta actualmente un diagnostico médico de: Trastorno del habla y del lenguaje con hiperactividad.

El día de hoy se realiza dialogo e informacion con la mamá acordando en realizar las agendas de citas y traer los soportes de resultado de los examenes médicos.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día _____

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Karen vela	mama		
Mireya Rodriguez	Edu. Especial.	SDIS	
Maricela Rojas	Responsable dds.	J.I.C. Rincón	

Anexos:

Elaboró: Mireya Rodriguez M.

Powered by CamScanner

Bogota D.C

el dia miercoles. llego con el niño a la casa. dos Regvel Jardin el niño va el baño y cuando termina de hacer sus necesidades. Y cuando lo voy a limpiar le noto el año con Roso rojo alos bordes y mas rojo en el centro en mi impresion bajito ver como una laveracion yo lo limpie y el niño se quejo y dijo que le dolia yo me asuste y le Pregunte que le habia Pasado a lo que el niño respondio (ayayai niño Doctor me pego en la cola) a lo que yo me asuste. y voy y le Pregunto a mi mama mi mama tambien le Pregunto que le Pego en la colita Samu a lo que el respondio niño doctor haha y hace una cara de dolor que nos asuste aun mas ya decido llevarlo a urgencias sabiendo que yo no se nada del tema y Por el miedo que tia saber si lo que yo Pensaba era cierto yo estaba en un emor llego a la clinica la colina Donde le indico. todo lo sucedido ella le Pregunta al niño que que habia Pasado. a lo que el niño contesta una abeja me Pego en la cola. Despues de eso esperamos el llamado del Doctor de urgencias. el cual nos llama. lo valoran el Doctor lo examino Donde gracias a Dios No Visualizo ningun tipo de agresion. en el cuerpo ni en sus Partes intimas Para que eso no significaba que no hubo abuso y a que lo que espresaba el niño Pues no es normal. Por lo tanto debemos esperar que lo valoren los demas especialista nos dejaron en Observacion hasta que nos valoraron. Psicologia, Psiquiatria, trabajo Social Donde cada una nos Pregunto todo lo que Paso y ya al final de todo me explicaron que tenian que hacer un reporte ante icbf Por lo del codigo blanco Donde Por Protocolo que ellos habia decidido que Samuel lo van a manejar de forma Ambulatoria ya que Deben ver su comportamiento si cambia de algun modo y Pues Seguir en vigilancia ya cuando ella me explico eso nos dieron el alta y nos remitieron valoraciones de Psicologia y Psiquiatria Para el niño.

Karen Natalia vela Arguita
cc 1214213159.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	Código: FOR-PSS-010 Versión: 2 Fecha: Memo INT 43362 - 3/08/2018 Pagina 1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA
Colmenado		Jardin Infantil C. Rincon	DIA 24 MES 07 AÑO 2019 HORA 10:39

Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VIABILIZACION DE CONDICIONES PARA: INGRESO ☐ TRASLADO ☐ PERMANENCIA ☐ OTRO ☐ CUAL? ____

MOTIVO: INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN ☐ AMPLIACION DE INFORMACIÓN ☐ POR EXCEPCION ☐ OTRO ☐ CUAL? ____

Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO-A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vela.		Samuel	David

NOMBRE IDENTITARIO

SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER ☐ INTERSEXUAL

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
RC ☐ TI ☐ CC ☐ NUIP ☐ CE ☐ NO TIENE ☐		DIA / MES / AÑO

Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL

¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL? SI ☐ NO ☐

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL: CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ SUBSIDIADO ☐

CALIDAD DEL BENEFICIARIO: BENEFICIARIO ☐ COTIZANTE ☐

SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: DESPLAZAMIENTO ☐ MENDICIDAD ☐ DESEMPLEO ☐ PROSTITUCION ☐ OTRO ☐

ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI ☐ NO ☐

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA

	SI	NO
¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?	☐	☐
¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS?	☐	☐
¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?	☐	☐

RED DE APOYO

¿CUENTA CON RED DE APOYO? SI ☐ NO ☐

TIPO: FAMILIAR ☐ INSTITUCIONAL ☐ OTRAS ☐ CUAL? ____

Capitulo D. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI ☐ NO ☐

¿ESTA CERTIFICADA? SI ☐ NO ☐

TIPO DE DISACAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE			
ASEARSE			
MOVERSE			
MOVERSE EN CALLE			

(* Marque con X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

	SI	NO
BASTÓN	☐	☐
MULETAS	☐	☐
SILLA DE RUEDAS	☐	☐
OTRO CUAL?		

Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACION GEOGRAFICA	ESTRATO
Calle 136 94C 24.	CELULAR 3174923175	Villa Elisa	Suba.	☐ URBANO ☐ RURAL	

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Karen Natalia Vela	1021921313 4	Mamá	☒ SI ☐ NO

NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR — NO APLICA ☐

DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR — NO APLICA ☐

TIPO DE FAMILIA

☐ UNIPERSONAL ☐ COMPUESTA ☐ NUCLEAR ☐ HOMOPARENTAL ☐ MONOPARENTAL ☐ EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS-AS ☐ SIMULTÁNEAS

No. Pers. Que Conviven: ____

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?		X
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?		X

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE: ____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Hermano de la madre del menor.

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR: Minimo.

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? ☐ DIARIA ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☒ MENSUAL ☐ OTRO

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	Código: FOR-PSS-010 Versión: 2 Fecha: Página 1 de 4

Capítulo F. DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MOVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCION		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA				FORMA DE PAGO				ESTADO DE LA VIVIENDA		CONDICIÓN DE LA VIVIENDA			
PROPIA		OTRA		DIARIA		MENSUAL	X	CONSTRUIDA		RUINA		ACEPTABLE	
ARRENDADA	X	CUAL		SEMANAL		OTRO		EN CONSTRUCCION		DEMOLICION			
AMORTIZANDO				QUINCENAL		CUAL		OBRA NEGRA		BUEN ESTADO			

SERVICIOS PUBLICOS						ILUMINACION		VENTILACION		ASEO		PISOS			
AGUA	X	ACUEDUCTO	X	ALUMBRADO PUBLICO	X	BUENA	X	BUENA		BUENA		MADERA		BALDOSA	X
LUZ	X	GAS NATURAL	X	ALCANTARILLADO	X	REGULAR		REGULAR		REGULAR		TIERRA		OTRO	
TELEFONO		ASEO	X			MALA		MALA		MALA	X	CEMENTO		CUAL	

PAREDES						TECHO				TIPO DE ENERGÍA UTILIZADA PARA COCINAR					
LADRILLOS		ADOBE		OTRO		TEJA		OTRO		GAS NATURAL	X	COCINOL		CUAL	
LATAS		CARTON		CUAL?		TELA		CUAL?		GAS PROPANO		CARBON			
MADERA		POLISOMBRA				PLANCHA	X			ELECTRICIDAD		OTRO			

ESPACIOS

	Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS
HABITACIONES	4		COMEDORES	1		PATIOS	1	
COCINAS	1		SALAS	1				
BAÑOS	2		LAVADEROS	1				

PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

DOMESTICOS	1	CUAL? Gato
VECTORES		
OTRO		

	SI	NO		SI	NO
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME?		X	¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA?			¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?		

Capítulo G. ENTORNO

SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO

EXPENDIO DE DROGAS		ZONA DE PROSTITUCION		CUAL
BASURERO		ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación)		
AGUAS NEGRAS		OTRO		

ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

	PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
	EN RUINA
	DESTAPADA
	PAVIMENTADO

Capítulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Capítulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
PSICOSOCIAL			ABANDONO			OTRO		
ECONOMICO			DESALOJO			CUAL?		

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

Capítulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

CONCEPTO TÉCNICO

Se realiza visita domiciliaria al niño Samuel David Vela debido a que no asistio al jardin infantil el dia 23/07/2024. llega al domicilio del menor la profesional Viviana Arevalo encargada del nivel de Pre Jardin 2 al cual pertenece el menor y la Responsable del servicio Maricela Rojas, Siendo las 10:39 am llegamos nos atiende la señora Karen Natalia vela madre del niño Samuel David Vela, quien refiere que el niño no asistio al jardin infantil C. Rincon el dia 23/07/2024 debido a que se le habia hecho tarde y cuando salio a dejar al niño Samuel a la Ruta quelo lleva hasta el jardin, ya se habia ido.
Tambien refiere que hoy 24/07/2024 no asistio al jardin debido a que la noche anterior presento temperatural 39° a las 3:00 am, presta tos la madre refiere que suministra dolex 10cm automedicado por la madre, cada 6 horas, para la tos Salbutamol cada 6 horas y beclometasona 1 vez al dia, renovada cada (3) tres meses. no suministra documento de la formula medica.
- A las 10:39 am que ingresamos a la vivienda el niño Samuel David vela se encontraba desayunando huevo, arroz y arepa, estaba en pijama; en compañia de su hermano Mathias vela de 11 años, la señora Karen N Vela.
Se realiza recorrido por la vivienda se evidencia en las habitaciones camas desorganizadas, ropa en el piso, loza sucia.
Se anexa fotografias tomadas de la vivienda en presencia de la señora Karen N Vela, madre del niño Samuel David Vela.

Capitulo K. FIRMAS

[signature]	[signature]
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
Karen Vela	Maricela Rojas Torres
NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
1219213139.	1073671572.
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

ACTA N°

FECHA: Bogotá 24.07.2024

HORA: 10:39

LUGAR: CL 136 94 C 24

TEMA: VISITA POR INASISTENCIA DE SAMUEL VELA

ASISTENTES: MARICELA ROJAS R. SERVICIO Y VIVIANA AREVALO PROFESIONAL API

ORDEN DEL DÍA:

- Realización de visita Domiciliaria

DESARROLLO: Siendo las 10:39 se realiza visita domiciliaria a la señora Karen Vela con cc: 1219213134 a su domicilio ubicado en el barrio villa Elisa en la dirección: calle 136 94 C 24, para conocer el motivo de inasistencia al jardín del niño Samuel Vela con RC: 1031856256 los días 23 y 24 de Julio del 2024, a lo que manifiesta la mamá la señora Karen Vela, ayer nos quedamos de la ruta y hoy en la madrugada como a las 3 de la mañana presento temperatura de 39°, me da miedo enviarlo ya que el tuvo un cuadro de convulsión por Fiebre, entonces lo estoy manejando aca en casa con dolex 10cm cada 6 horas y los inhaladores cuando presenta crisis ya que Samuel es Asmatico.

Powered by CamScanner

Se le recomienda a la señora Karen Vela mamá del niño Samuel, que reporte a la profesional o Auxiliar Pedagogica que realiza el acompañamiento en la ruta cuando el niño presente novedad en cuanto su salud.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Notificar en la mañana la novedad	Karen Vela	24.07.24
que se presente con el		
niño		

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Yaricela Rojas T	Responsable del S.	J.I.C Rincón	
Karen vela	mamá	1219213134	
JADY VIVIANA A	PROFESIONAL API	JICC RINCÓN	

Anexos:

Elaboró:

Powered by CamScanner

ACTA N°

FECHA: Bogotá 25 / 7 / 2024

HORA: 11:45 - 12:30

LUGAR: JI Celestin Rincon

TEMA:
Seguimiento a Ruta activa desde hospital.

ASISTENTES:
Docente de area
psicologa

ORDEN DEL DÍA:
Seguimiento ruta activa. desde hospital

DESARROLLO:
Se realiza seguimiento a ruta activa por parte de hospital se revisa historia social y documentos aportados por la mamá desde hospital no evidencian vulneracion de derechos pero si a manera preventiva teniendo encuenta el motivo de consulta por la mama el cual era preparto codigo Blanco se activa protocolo. durante el proceso de observacion se evidencia que el niño para y evidencia sueño a los actividades estructuradas

Powered by CamScanner

y libido. Sin embargo evidencia bajo seguimiento de instrucciones a la docente. en dos procesos de socialización con psicología no se evidencia alteración comportamental o emocional; así mismo las docentes realizan visitas domiciliarias preventivas y comunicación constante.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Karin Blanco	psicólogo	SDIS	
LADY ARENAS	PROFESIONAL APOYO	JICC RINCON	

Anexos:

Elaboró:

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO: OBSERVACION EN AULA PARA JARDINES INFANTILES	Código:FPS-181 Versión: 0 Fecha: 31/08/2015 Página: 1 de 1

DATOS BASICOS Y DE IDENTIFICACION			
Fecha: 25/7/2024	Hora inicio: 11:00	Hora finalización: 11:45	
Nombre del jardín infantil: JI Celestin Rincon			
Nivel a observar: Prejardin 2		Rango edades:	
Nombre del niño o niña: Samuel David vela			EDAD: 4
Nombre psicólogo-a: Karina Blanco			
Nombre maestra-o: Viviana Arcelo.			
Lugar y/o momento de la observación: actividad libre			

OBJETIVO

→ proceso de socialización entre pares simetricos y asimetricos.

→ proceso de comunicación con el fin de evidenciar si el niño verbaliza necesidades Basicas.

REGISTRO DE LA OBSERVACION

durante el proceso de observación se evidencia que el niño no presenta alteraciones comportamentales ni emocionales aunque se evidencia dificultad en la articulación de las palabras. no evidencia conductas asociadas al miedo o ansiedad durante los procesos de socialización.

OBSERVACIONES DE LA MAESTRA

la docente implementa acciones que promuevan el proceso de aprendizaje bajo circuitos funcionales y el proceso de comunicación.
se evidencia Receptiva ante las indicaciones y adherencia asimismo frente a las necesidades del niño

Firma psicólogo-a: Karina Blanco	Firma maestra: LADY VIVIANA ARCELO

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	*Equipo técnico Subdirección para la Infancia*	*Astrid Eliana Cáceres Cárdenas*	*María Antonia Velasco Guerrero Lideresa del proceso de prestación de los servicios sociales*
CARGO	*Equipo técnico Subdirección para la Infancia*	Subdirectora para la Infancia	***Directora Territorial***

Powered by CamScanner

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 I2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: Jardín IC Celestin Freinet Rincón RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL: Pre Jardín NUIP: 1031856236 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

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 ___
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
02.07 2024	13:00	JICC RINCÓN	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD 27 y 28 Siendo las 13:00 la señora Karen Vela con cc: 1219213134 Ingresa a la Unidad Operativa a reunirse con la responsable del Servicio Maricela rojas, Psicologa Karina Blanco y la profesional API Viviana Arevalo, para conocer lo sucedido con su hijo Samuel David Vela, dónde relata lo que ella evidencio con el niño en horas de											

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 ___	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	la tarde del dia miercoles, la Psicologa Karina Blanco realiza acta de lo narrado por la mamá, donde junto con la responsable Maricela Rojas le solicitan el historial Medico del niño Samuel, a lo que refiere "que solo le entregaron la orden de salida y unas remisiones", se saca copia y se adjuntan a la novedad, la profesional las adjunta junto con el acta realizada, la responsable del											

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 ___	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Servicio Maricela rojas le indica a la mamá la señora Karen Vela Solicitar el historial clinico del niño Samuel Vela y hacerlo llegar a la unidad operativa o a la profesiona API Viviana, tambien la invita para que conozca el jardin y los diversos espacios, se le muestra el aula de Pre Jardin 2 dónde se encuentra el grupo con el que comparte Samuel, la profesional le solicita traer											

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 ___	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	el cronograma de las terapias del niño Samuel, dónde la mamá la señora Karen refiere "que hay unas terapias que estan en proceso ya que no se las han querido asignar al niño Samuel", se continua con seguimiento 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
NO APLICA	NO APLICA

Powered by CamScanner

Clínica La Colina

FORMULAS MEDICAS
Hospitalizacion Pediatrica Clc

FORMULA No. 1724254
FECHA 27/Jun./2024 21:55:42

PACIENTE: **SAMUEL DAVID VELA ANGARITA**
- REGISTRO CIVIL 1031856256
3 Años - Sexo Masculino - Caja De Compensacion Familiar Compensar ** Compensar Eps **

Servicio Sexto Piso Ala Oriental Clc **Tipo usuario** Afiliado E.p.s
Dirección Cl. 134 # 94a -67 Teléfono: 3174923175

	MEDICAMENTO	VIGENCIA	CANTIDAD
1	VALORACION POR CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGIA	2 Días	1 Un
2	VALORACION POR CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA INFANTIL	2 Días	1 Un

Concepto

Dra. Lorena Sánchez T
Psiquiatría General (MPH)
Javeriana - U de los Andes
RM 52966655

Lorena Sanchez Tovar

Firma

Médico LORENA SANCHEZ TOVAR
Registro 52966655

<Texto>

Powered by CamScanner

Clínica La Colina

Atención : 615902

RECOMENDACIONES DE EGRESO

Fecha: 27-jun-2024 **Nro Historia:** REGISTRO CIVIL 1031856256

Paciente: SAMUEL DAVID VELA ANGARITA **Edad:** 3 Años

Empresa: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR ** COMPENSAR EPS ** **Sexo:** MASCULINO

PROXIMO CONTROL

Fecha: **Doctor:**

Telefono: **Sitio:**

SIGNOS DE INFECCION

SIGNOS DE ALERTA:

ACTIVIDAD FISICA:

DIETA: **Alimentación Saludable Mayor de 10 años - Adulto**

RECOMENDACIONES GENERALES:

ASISTIR AL SEGUIMENTO POR PSICOLGÍA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL.

DOCUMENTOS QUE SE ENTREGA

ORDENES MÉDICAS

ESTUDIOS PENDIENTES:

A la fecha de salida no tiene pendientes resultados:

Firma del (la) paciente o familiar

C.C No.

Dra. Lorena Sánchez T. Psiquiatría General (MPHD) U. Javeriana - U. de los Andes RM 52966655

Recibí y entendí las instrucciones de egreso

DOCTOR: LORENA SANCHEZ TOVAR
Reg. Médico: 52966655
CC: 52966655
Especialidad: Psiquiatría

'Si usted tuvo una intervención quirúrgica, tenga en cuenta los signos de alerta que recomienda su médico. Si presente algún signo comuníquese con el comité de vigilancia epidemológica de la clínica. Teléfono 5300470 Ext. 4538 o po correo electrónico epidemiologia@clinicadelcountry.com.'

No olvide verificar con su médico tratante, cuales son los medicamentos que debe seguir tomando en su hogar, la dosis y frecuencia, teniendo en cuenta los que usted consume habitualmente

1. Si usted necesita copia de su historia clínica, ingrese al link https://www.clinicalacolina.com/clinica/historia-clinica
2. No olvide solicitar el resultado de su patología ingresando al link https://www.clinicalacolina.com/clinica/historia-clinica
3. Si usted requiere la corrección de su historia clínica, envíe su solicitud al correo comite.historias@clinicadelcountry.com para que esta sea evaluada.

Powered by CamScanner

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 I2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JIC Celestin Freinet Finca RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Viviana Arevalo

NIVEL: Prejardin NUIP: 1031856256 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
03.07 2024	9:03	CASA	Siendo las 9:03 se continua con el seguimiento de la novedad, donde la PROFESIONAL se comunica via telefonica al numero de celular 3174923175 con la mamá la señora Karen Vela con CC: 1219213134, para recordarle enviar la historia clinica de su hijo Samuel a lo que refiere la mamá "Hola profe la solicite ayer y se demora 5 dias para que la envien al correo" Se continua con seguimiento Novedad

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	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
04.07 2024	13:10	CASA	SEGUIMIENTO A LA NOVEDAD Siendo las 13:10 la profesional realiza llamada a la mamá la señora Karen Vela con CC: 1219213134 al numero de celular 3174923175 para conocer como esta Samuel a lo que refiere la mamá "Hola profe como esta bien aca en la casa, que quiere ir a estudiar, porque me dice a cada trafico vamos donde la profe" "Profe esta semana

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	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	ya no lo llevo yo creo que el lunes o martes doiote" la profesional le indica que queda al pendiente y le recomienda enviar los certificados de cronogramas, lo del diagnostico, y historial clinico del niño Samuel para adjuntarlo en la historia social del niño, y que se pueda hacer el acompañamiento de observacion con la educadora especial Mireya quien ya esta informada del

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	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	proceso con el niño Samuel Vela sobre el diagnostico, al igual se le notifica a la señora Karen Vela mamá de Samuel para que asista a la unidad operativa el dia lunes 08 de julio a una reunion con la educadora especial Mireya a lo que refiere la mamá "hay, no profe los lunes no puedo tengo cita, es que yo todas las pongo en un solo dia para

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

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-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JIC Celestin Freinet R. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas
NIVEL: Prejardin NUIP: 1031856256 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Karen Vela
ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Salir de coop la profesional de API le pregunta que dia tiene disponible para que pueda asistir a lo que dice la señora Karen mamá de Samuel " Miercoles, jueves o viernes" se continua con seguimiento a 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
NO APLICA	NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
05.07 2024	00:48	CASA	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD La profesional en API realiza llamada telefonica a la señora Karen Vela con cc: 1219213134 al número de celular: 3174923175 para conocer como va samuel e indicarle que la educadora especial la atendera el dia Miercoles, la mama responde " Hola profe bien aca en la casita" se continua con seguimiento a 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
NO APLICA	NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
08.07 2024	00:20	MELGAR	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy por medio de un mensaje de WhatsApp la señora Karen Vela con cc: 1219213134 desde el número 3174923175 le notifica a la profesional Adriana Cameto al número de celular: 3114051857 lo siguiente "Hola profe Adriana Habla con Karen Vela la mamá de Samuel Vela era para indicarte que esta semana estamos fuera de bogota

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	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	estamos por aca en melgar con mi papá en una calamidad, entonces nosotros regresamos hasta el otro lunes a bogotá para que lo tengas presente. Se continua con seguimiento a 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
NO APLICA	NO APLICA

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo 20210153000 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JIC Celestin Freinet RINCON RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL: Prejardin NUIP: 1031855235 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
09.07.2024	9:23	MELGAR	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy la profesional viviana realiza llamada telefonica a la señora Karen Vela con cc: 1219213134 mamá del niño Samuel Vela al número de celular al número 3174923175, donde, no fue posible tener comunicación, se continua con seguimiento a 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											
NO APLICA			NO APLICA											

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
10.07 2024	7:50	MELGAR	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD Siendo las 7:50 la educadora Especial Mireya asiste a la Unidad de servicio a reunirse con la señora Karen Vela con cc: 1219213134 mamá del niño Samuel vela del nivel de Prejardinz, donde la educadora especial es notificada por la profesiona en API verbalmente de que la señora Karen no asistira a dicha reunion ya que											
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														

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Se encuentra en melgar y regresa hasta la proxima semana, la profesional en API tiene comunicación via telefonica con la señora Karen y corocen si ya tiene el historial Medico a lo que refiere " profe como estoy por aca en melgar no cuento con minutos ni datos por ende no se si ya llego al correo ya la otra semana llegamos											
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	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Y me pongo al tanto con todo! Se continua con seguimiento a 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											
NO APLICA			NO APLICA											

Powered by CamScanner

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 I2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JIC Cofinanciado Rincón RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Marcela Rojas

NIVEL: Prejardín NUIP: 1031856256 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

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 NOVEDAD
11.07 2024	00:45		SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD Siendo las 00:45 la profesional Viviana realiza llamada telefónica a la señora Karen Vela con CC: 1219213134 al numero de celular 3174923175 pero no FUE posible tener comunicación con la mamá del niño Samuel Vela se continua con seguimiento 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
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 ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
12.07 2024	15:20		SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy la Psicologa Karina Blanco tiene comunicación con la señora Karen Vela con CC: 1219213134 mamá del niño Samuel Vela al numero de Celular 3174923175, donde queda todo registrado por medio de un acta que es adjuntado a las novedades, se continua con seguimiento a 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
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
15.07 2024	11:00		SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD Siendo las 11:00 la profesional Viviana Arevalo realiza llamada telefonica a la señora Karen Vela con CC: 1219213134 mamá del menor Samuel, al número de celular 3174923175, para conocer si ya regresaron a Bogotá y que, como esta Samuel a lo que responde la mama "Hola profe ya estamos alistando maletas para arrancar, tranquilo esta muy bien, mañana nos vemos" Seguimiento 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
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
16.07 2024	7:35	JICC RINCON	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy llega el niño Samuel Vela en la ruta, la profesional viviana lo recibe en el espacio pedagogico y en lo que logra observar el niño entra con un poco resequedad en la piel de su cara, de igual manera tiene comunicación con la señora Karen Vela con CC: 1219213134 para conocer si hay alguna novedad frente al niño, al numero de

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

Powered by CamScanner

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 I2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JIC Celestin Freinet Rincon RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL: Prejardin NUIP: 1031856256 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
//	//	//	Celular 3174923175 refiriendo " Hola profe muy bien, un poco cansados del viaje" "nos vemos en la tarde que voy a entregar los soportes" se le socializa las novedades a la mama a lo que refiere estar de acuerdo y firma. Se continua con seguimiento de las novedades.

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	1219713134

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
17.07 2024	7:30	JICC RINCÓN	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy el niño Samuel Vela llega en la ruta, donde la profesional lo recibe en el espacio pedagogico y en lo que logra observar ingresa en optimas condiciones FISICAS, en la ruta de alimentación le cuesta seguir Indicaciones, en horas de la tarde sale en optimas condiciones FISICAS se continua con seguimiento 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
NO APLICA	NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
18.07 2024	7:35	JICC RINCÓN	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy el niño Samuel Vela llega en la ruta, donde la profesional lo recibe en el espacio pedagogico y en lo que logra observar ingresa en optimas condiciones FISICAS, durante el dia no presento novedad en cuanto su salud, emocional y comportamental, se regresa nuevamente en la ruta en buenas condiciones FISICAS

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	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
//	//	//	Se continúa con seguimiento a 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
NO APLICA	NO APLICA

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR.PSS.309 Versión: 0 Fecha: Memo I2021015300 - 20.05.2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JICC Celestin Freinet Rincón RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL: Prejardin 2 NUIP: 1031856256 NIÑA O NIÑO: Samuel Vela

MADRE PADRE CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Karen Vela

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
22.07 2024	7:30	JICC RINCÓN	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy Samuel Vela, llega en la ruta la profesional viviana lo recibe en el espacio pedagogico y en lo que logra observar entra en optimas condiciones Fisicas, la profesional Adriana Cameb informa que la mamá la señora Karen Vela no refiere ninguna novedad. Sin embargo la profesional viviana Arevalo tiene comunicación con la señora Karen Vela con cc:

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	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
//	//	//	1219213134, por medio de whatsApp al número 3172616378, donde la señora Karen le solicita la minuta y le refiere a la profesional que samuel en casa no esta tomando nada de lacteos, que solo aveces comprada no preparada en casa, el Yogurth tambien lo recibe, la profesional le comparte una Foto de la minuta, se continua con seguimiento 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
NO APLICA	NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
23.07 2024		CASA	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy la señora Karen Vela con cc: 1219213134, Mamá del niño samuel Vela, tiene comunicación via whatsApp con la profesional desde el número de celular: 3172616378 por medio de un audio le informa " Hola profe buenos dias como esta, profe era para decirte eso que no dejo la ruta entonces samuelito no irá hoy" se continua con seguimiento a 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
NO APLICA	NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
24.07 2024	10:39	Casa Visita Domiciliaria En la Dirección CL 136 94 C 24	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy la Responsable del Servicio Maricela Rojas y la Profesional viviana Arevalo, realizan visita al domicilio de la señora Karen Vela con CC: 1219213134 Ubicado en el barrio Villa Eliza en la CL 136 94C 24, para conocer el motivo de inasistencia del niño samuel Vela el dia 23 de Julio y hoy 24 de Julio del Presente año, se realiza

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

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR.PSS.309 Versión: 0 Fecha: Memo 20210153003 - 20.05.2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JICC celestin Rincon RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL: Prejardin NUIP: 1038856256 NIÑA O NIÑO: SAMUEL DAVID VELA

MADRE, PADRE CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: KAREN VELA

ACUDIENTE PRINCIPAL: KAREN VELA PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
//	//	//	acta y formato de visita al domicilio, se le socializan los formatos anteriormente nombrados a la señora Karen Vela los cuales los lee y estando de acuerdo la firma. Se continua con seguimiento 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
PROFESIONAL APOYO LADY VIVIANA AREVALO	

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
25.07 2024	7:30	JICC RINCÓN	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy llega samuel vela en la ruta donde lo recibe la profesional viviana en el aula y en lo que logra evidenciar el niño presenta irritación en el ojo derecho, se tiene bajo observación durante el dia, no refiere ni se observa con malestar de lo contrario siempre esta activo y participativo, se le socializa la novedad a la mamá, se continua con seguimiento

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
PROFESIONAL APOYO LADY VIVIANA AREVALO	1219213134

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
26.07 2024	7:30	JICC RINCON	SEGUIMIENTO DE LA NOVEDAD El dia de hoy Samuel Vela llega en la ruta, la profesional viviana lo recibe en el espacio pedagogico y en lo que logra observar, ingresa en aparentes condiciones FISICAS, la Auxiliar pedagogica Roxana no refiere novedad manifestada por la señora Karen Vela, durante la jornada Samuel participa de la actividad por tiempos cortos, en el momento de la rutina del almuerzo no lo consume en su

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	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
//	//	//	totalidad, la profesional viviana por medio de WhatsApp le informa a la señora Karen Vela con cc: 1219213134 mamá de Samuel, al número: 3172616378, que el niño Samuel el dia de hoy no consumio el almuerzo, que le recomienda tenerlo en observación en casa y si continua asi solicitar una cita medica, la mamá refiere "Si profe el no come eso gracias", se continua con seguimiento 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
PROFESIONAL APOYO LADY VIVIANA AREVALO.	1219213134

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JIC Celestin Freinet Pinchon RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL: Prejardin NUIP: 1031856256 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela Angarita

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
29.07 2024		Domicilio Calle	El dia de hoy la señora Karen Vela con cc: 1219213134, informa a la profesional viviana Arevalo a través de via whatsApp desde el número 3172616378 lo siguiente "Hola profe buen dia el niño no ira hoy porque estamos indispuestos me pego la gripe y el sigue enfermo no quiere comer muy bien" la Educadora Especial llega al Jardin para hacer acompañamiento a

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	9X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
//	//	//	Samuel Vela, la profesional le indica que no asistio el dia de hoy porque esta indispuesto, a lo que se decide realizar visita domiciliaria en la calle 136b#94c-24 en el barrio villa eliza, donde nos recibe la señora Karen vela, la educadora le realiza pregunta a la mamá la señora Karen sobre las citas de samuel a lo que refiere que no se las a sacado ya que esta en mora con la EPS

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
PROFESIONAL APOYO VIVIANA AREVALO	1219213134

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

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 I2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JIC Celestin Freinet Pinchi RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maricela Rojas

NIVEL: Prejardin NUIP: 1031856256 NIÑA O NIÑO: Samuel David Vela Angarita

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karen Vela PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Viviana Arevalo

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
29.07 2024	12:06	Domicilio Calle 136 b #94-24 Barrio Villa Elisa	El dia de hoy la señora Karen Vela con cc: 1219213134, informa a la profesional Viviana Arevalo a través de via whatsApp desde el número 3172616378 lo siguiente "Hola profe buen dia el niño no ira hoy porque estamos indispuestos me pego la gripe y el sigue enfermo no quiere comer muy bien", la Educadora Especial llega al Jardin para hacer acompañamiento d

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	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
//	//	//	Samuel Vela, la profesional le indica que no asistio el dia de hoy porque esta indispuesto, a lo que se decide realizar visita domiciliaria en la calle 136b#94C-24 en el barrio villa eliza, donde nos recibe la señora Karen vela, la educadora le realiza pregunta a la mamá la señora Karen sobre las citas de samuel a lo que refiere que no se las a sacado ya que esta en mora con la EPS

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
PROFESIONAL API LADY VIVIANA AREVALO	1219213134

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

ACTA N° 2

FECHA: Bogotá, 29-07-2024

HORA: 12:00 m.

LUGAR: Calle 136b #94-24.

TEMA: Visita Familiar Samuel Vela.

ASISTENTES:
- Karen Natalia Vela (mamá).
- Viviana Arevalo (profesional) de Infancia.
- Mireya Rodriguez CEE

ORDEN DEL DÍA:

DESARROLLO:

Ingresa ala casa de Samuel Vela con autorización de la mama la Sra Karen vela, ya que el niño no asistió el día de hoy por estar con un estado gripal, fiebre.

Al observar al niño se evidencia que su estado de salud es aceptable, se observa bastante activo y responde al llamado del nombre

Se encuentra alerta y activo dentro de la casa.

Se comenta con la mamá sobre el tema de llevar al niño al medico y ella comenta que se encuentran en mora de la eps y por ende no tienen servicio, por ende no ha realizado el proceso de terapias, ni citas medicas de el niño. Samuel David Vela con nuip. 1031856256.

Powered by CamScanner

Se le socializa a la mamá tramitar la inscripción al sistema de salud del distrito pero ella me comenta que no ha hecho la solicitud de la visita al sisben que el día de hoy lo hará. Le sugiero que no pase mas tiempo sin el servicio de salud ya que hay procesos médicos pendientes.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
La mamá se compromete a realizar llamada sisben para visita y determinar el puntaje	Sra Karen Vela	29-07-2024

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día _____

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
* Karen vela	mamá		[firma]
* LADY VIVIANA AREJALO	PROFESIONAL API	JICCelestin Rincón	Lady A.
* Mireya Rodriguez	Edo. Especial	SDB-	[firma]

Anexos:

Elaboró: Mireya Rodriguez.

Powered by CamScanner

ACTA N°

FECHA: Bogotá 29 Julio 2024

HORA: 12:06

LUGAR: CALLE 136b #94C -24 CASA DE LA SEÑORA KAREN VELA.

TEMA: VISITA DOMICILIARIA A LA SEÑORA KAREN VELA MAMÁ DEL NIÑO SAMUEL VELA.

ASISTENTES: PROFESIONAL EN API VIVIANA AREVALO Y EDUCADORA ESPECIAL MIREYA RODRIGUEZ.

ORDEN DEL DÍA:

DESARROLLO:
Siendo las 12:06 se realiza visita a la señora Karen Vela con cc: 1219213134 al domicilio Ubicado en la dirección calle 136b #94C -24, ubicado en el barrio villa Elisa, la profesional Viviana Arevalo y la educadora Especial Mireya Rodriguez, con el Fin de conocer el estado de salud del niño Samuel Vela ya que la mamá la señora Karen Vela informo a la profesional viviana que el dia de hoy amanecieron indispuesto por tal motivo el niño no asiste, durante la visita el niño se encuentra bajo el cuidado de la mamá la señora Karen Vela, la Educadora le realiza pregunta

Powered by CamScanner

Sobre las citas pendientes, a lo que refiere la mamá que se encuentra en mora con la EPS, en este momento en lo que se logra observar el niño se encuentra en pijama, la vivienda se observa limpia en el momento de la visita, se le hace recomendación a la señora Karen Vela mamá del niño Samuel Gestionar lo mas pronto posible lo de la EPS.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
llamar y solicitar las citas	Karen Vela	29.07.2024

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Karen Vela	Mamá		[signature]
Mireya Rodriguez	Edu Especial	SDIS	[signature]
LADY VIVIANA A	PROFESIONAL API	JICC	LADY A

Anexos:

Elaboró:

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	Memo INT 43362 - 3/09/2018
Página	1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA
Cofinanciado		Jardin Infantil El Rincón	DIA 29 MES 07 AÑO 2024 HORA 12:06

Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA			MOTIVO			
INGRESO		OTRO		INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN		POR EXCEPCION	
TRASLADO		CUAL?		AMPLIACION DE INFORMACIÓN		OTRO	
PERMANENCIA				CUAL?			

Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vela	Angarita	Samuel	David

NOMBRE IDENTITARIO	SEXO
	X HOMBRE ☐ MUJER ☐ INTERSEXUAL

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
RC ☐ TI ☐ CC ☐ NUIP X CE ☐ NO TIENE ☐	1031856256	DIA 02 MES 07 AÑO 2020

Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL				SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE			
¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?	SI ☐ NO ☐	RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ SUBSIDIADO ☐	CALIDAD DEL BENEFICIARIO	BENEFICIARIO ☐ COTIZANTE ☐	SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	DESPLAZAMIENTO ☐ MENDICIDAD ☐ DESEMPLEO ☐ PROSTITUCION ☐ OTRO ☐

ESTADO DE SALUD			RED DE APOYO
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI ☐ NO ☐		SI / NO	CUENTA CON RED DE APOYO ☐SI ☐NO
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA	¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?	☐ ☐	TIPO
	¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS?	☐ ☐	FAMILIAR ☐
	¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?	☐ ☐	INSTITUCIONAL ☐
			OTRAS ☐
			CUAL?

Capitulo D. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD?	SI ☐ NO ☐
¿ESTA CERTIFICADA?	☐ ☐
TIPO DE DISACAPACIDAD	

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO			
ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE			
ASEARSE			
MOVERSE			
MOVERSE EN CALLE			

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?	SI	NO
BASTON	☐	☐
MULETAS	☐	☐
SILLA DE RUEDAS	☐	☐
OTRO CUAL?		

Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACION GEOGRAFICA	ESTRATO
Calle 136 94C 24	CELULAR 3174923175	Villa Eliza	Suba	☐ URBANO ☐ RURAL	

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Karen Natalia Vela	1019213134	Mamá	X SI ☐ NO

NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR	NO APLICA	DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR:	NO APLICA

TIPO DE FAMILIA

☐ UNIPERSONAL ☐ COMPUESTA ☐ NUCLEAR ☐ HOMOPARENTAL ☐ MONOPARENTAL ☐ EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS-AS ☐ SIMULTÁNEAS

No. Pers. Que Conviven	6

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?		X
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?		X

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE: _____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Hermano materno

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR: MINIMO

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? ☐ DIARIA ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL X MENSUAL ☐ OTRO

Powered by CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	
Página	1 de 4

Capítulo F. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MOVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCION		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA				FORMA DE PAGO				ESTADO DE LA VIVIENDA		CONDICION DE LA VIVENDA			
PROPIA		OTRA		DIARIA		MENSUAL	X	CONSTRUIDA	X	RUINA		ACEPTABLE	
ARRENDADA	X	CUAL		SEMANAL		OTRO		EN CONSTRUCCION		DEMOLICION			
AMORTIZANDO				QUINCENAL		CUAL		OBRA NEGRA		BUEN ESTADO	X		

SERVICIOS PUBLICOS						ILUMINACION		VENTILACION		ASEO		PISOS			
AGUA	✓	ACUEDUCTO	✓	ALUMBRADO PUBLICO	✓	BUENA	✓	BUENA	✓	BUENA		MADERA		BALDOSA	✓
LUZ	✓	GAS NATURAL	✓	ALCANTARILLADO	✓	REGULAR		REGULAR		REGULAR	✓	TIERRA		OTRO	
TELEFONO		ASEO	✓			MALA		MALA		MALA		CEMENTO		CUAL	

PAREDES						TECHO				TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR					
LADRILLOS	✓	ADOBE		OTRO		TEJA		OTRO		GAS NATURAL	✓	COCINOL		CUAL	
LATAS		CARTON		CUAL?		TELA		CUAL?		GAS PROPANO		CARBON			
MADERA		POLISOMBRA				PLANCHA	✓			ELECTRICIDAD		OTRO			

ESPACIOS									PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA		
	Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS			
HABITACIONES	4		COMEDORES	1		PATIOS			DOMESTICOS	✓	CUAL?
COCINAS	1		SALAS	1					VECTORES		
BAÑOS	1		LAVADEROS	1					OTRO		

	SI	NO		SI	NO
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME?		X	¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		X
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA?		X	¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?		X

Capítulo G. ENTORNO

SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO					ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO	
EXPENDIO DE DROGAS		ZONA DE PROSTITUCION		CUAL		PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
BASURERO		ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación)				EN RUINA
AGUAS NEGRAS		OTRO				DESTAPADA
						PAVIMENTADO

Capítulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Capítulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
PSICOSOCIAL			ABANDONO			OTRO		
ECONOMICO			DESALOJO			CUAL?		

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	
Página	1 de 4

Capítulo I. CONCEPTO PROFESIONAL

CONCEPTO TÉCNICO

Siendo las 12:06 se realiza visita domiciliaria a la señora Karen Vela con cc: 1219213134, al domicilio ubicado en el barrio villa elisa en la calle 136b#94c-24, la profesional viviana Arevalo y la educadora especial Mireya Rodriguez, para conocer el estado de salud del niño Samuel Vela, ya que se ha presentado constantes inasistencias al jardin infantil, a lo que refiere la mamá es porque se ha presentado con fiebre y congestionado y decide cuidarlo en casa, la educadora mireya rodriguez le sugiere solicitar la visita para que no se vaquede sin EPS y poder sacar las citas solicitadas con los profesionales especialistas y por si se tiene que pasar al niño por urgencias ya que han referido la señora Karen Vela que vrq asiste porque esta enfermo, se le hace la recomendacion a la señora Karen sobre las citas y informar si logra realizar el proceso con su EPS.

Capítulo K. FIRMAS

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
Karen Vela	LAURA AREVALO
NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
1219213134	LAURA VIVIANA AREVALO
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	53000981
	NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D C	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES **FORMATO: ACOMPAÑAMIENTO EN MEDIO FAMILIAR PARA JARDINES INFANTILES**	Código:F-PS-180 Versión:0 Fecha: 31/08/2015 Página: 1 de 6

DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION

Fecha y hora de la visita	12/Julio/2024	
Nombre del jardín infantil	JI Celestin Rincon	
Nombre del niño/a	Samuel David ucla anjarita	
NUIP: 1031856256	**Edad:**	**Nivel:** Prejardin.
Nombre del padre y madre	Karen natalia ucla Anjarita.	
Nombre del cuidador principal	Karen natalia	**Teléfono/celular:** 3172616378.
Dirección y barrio de residencia	APT 102 cll136#94c-94	**Teléfono/celular:** 3164987327
Nombre psicólogo-a	Karina Blanco	
Nombre del profesional acompañante		**Rol:**

OBJETIVO DEL ACOMPAÑAMIENTO EN MEDIO FAMILIAR

→Realizar acompañamiento en entorno familiar y seguimiento por la novedad reportada por la señora Karen natalia ucla anjarita.

OBSERVACIONES HABITACIONALES

la familia vive en el barrio villa elisa en un conjunto cerrado el aguinaldo. es un apartamento de una sola planta no se evidencia factores de riesgo asociados a consumo o otro factor se evidencia orden y aseo asi mismo se evidencia pisos en baldosa paredes de ladrillos

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA

Buena	Regular	Inadecuada
X		

Justifique su respuesta:

no se evidencia des aseo el niño samuel David vive y duerme con su mamá el espacio es amplio no se evidencia factor de riesgo

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO DEL ENTORNO

Powered by CamScanner