BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): ORTEGON SERRATO MAYERLI
Código CUENTAME UDS: 110011140800
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56
Centro Zona: KENNED Y CENTRAL
CC: 1030612039 MATERNOS
Municipio: BOGOTÁ
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1013160032	VALERY		SUA	BELTRAN	0	11				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1016123053	EMILY	SOFIA	ALVARADO	PUERTO	1	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
03	RC	1034794692	GABRIELA		DURAN	LANCHEROS	0	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	19	1	
04	RC	1011266000	JEAN	PIERRE	ALADANTE	RUIDIAS	0	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
05	RC	1011266001	CELESTE		ALADANTE	RUIDIAS	0	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
06	RC	1233523129	THIAGO	RENIEL	ZAMBRANO	GONZALEZ	0	11				A	A	A	I																		3	1	V
07	RC	1013160066	DANNA	SOFIA	NAVARRO	SALINAS	0	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	I	A	A	17	3	
08	RC	1243765294	EMY	SOFIA	AYALA	GAMAN	0	11				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	I	I	I	I	I	11	9	
09	RC	1097153934	ETHAN	MAEL	CONTRERAS	NIETO	0	11				A	A	A	I																		3	1	V
10	RC	1012927810	HELLEN	SALOME	ORJUELA	MORA	1	1				A	A	I	I	A	A	A		A	A	A	I	I	I	A	A	I	A	A	A	A	14	6	
11	RC	12335249O	Amy	Alanna	Ramirez	Moreno	0	9								A	A	A		A	A	I	A	A	I	I	I	I	A	A	A	A	11	5	
12	RC	1013160040	Juana	Victoria	Pajaro	Acosta	0	11								I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	14	2	
13	RC																																		
14	RC																																		
15	RC																																		
16	RC																																		
17	RC																																		
18	RC																																		
19	RC																																		
20	RC																																		
																															TOTAL	171	29	

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

Diana Pérez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

Colsubsidio
Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

Fecha: 23 05 2024 Hora: 10:18:30

Nombre: EMILY AYALA GAITAN Documento de Identificacion: Registro Civil 1243765294

CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN

Se da constancia que la niña estuvo hospitalizada desde el 19/05/2024 hasta el 23/05/2024 requería compañía permanente
Egresa con incapacidad por 15 días

Dx 2do episodio sibilante

Fecha inicio de incapacidad 19/05/2024

Fecha fin de incapacidad 02/06/2024

Nombre Prestador: QUIJANO, CLAUDIA
Especialidad del médico: PEDIATRIA

Powered by CamScanner

INCAPACIDAD MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO - NIT: 860015

Fecha: 21-may-2024

No. Incapacidad: 313608

Nombres y Apellidos
AMV ALANNA RAMIREZ MORENO

Tipo y Nº Docume
Registro Civil 1233

Empresa donde Trabaja

Ocupación

Aseguradora
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A

Diagnóstico
Diagnostico Principal Código: A09X
Diagnostico Relacionado Código:

Causa Motivo Atención
Enfermedad general

Tipo
Ambulatoria

Fecha de Inicio
21/05/2024

Dias
5 (cinco)

Fecha
25/05

Grupo del Servicio:
Atención inmediata

Modalidad del Servicio:
Intramural

RetroActiva
No

Observaciones

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
SERVICIO URGENCIAS

o invitamos a que participe en las actividades de promoción y prevención que ofrece su Entidad P

Firma Médico PAOLA CATALINA TORRES **Firma Paciente**

R.M. No. 1018433588 **Doc Nº:** Registr

eso Por PAOLA CATALINA TORRES 21/05/2024 04:21:22p.m.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): CAMELO JENNIFER YULIETH CC: 1024533613 CAMINADORES A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Telefono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1013159602	ISABELLA		DEAQUINO	GONZALEZ	1	5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	20	0	
02	RC	1019576324	AMY	ELIZABETH	MEZA	CAICEDO	1	2				A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	18	2	
05	RC	1013159877	GABRIELA		JARAMILLO	PIÑEROS	1	4				A	A	A	A	A	A	A		A	I	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A		17	3	
04	RC	1013159918	CHRISTOPHER		GOMEZ	PEREA	1	3				I	I	A	A	A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A		17	3	
05	RC	1233522437	ANDRES	MAURICIO	GARCIA	GONZALEZ	1	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	I	A		18	2	
06	RC	1032516448	ANTONELLA		MARTINEZ	PIÑEROS	0	11				A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I		17	3	
07	RC	1141380134	MIA	GABRIELA	BIUCHE	LEMES	1	8				A	A	A	A	A	A	A		I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A		16	4	
08	RC	1070994492	BEYHAM	ANTONELLA	CONTRERAS	UNAS	1	6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
09	RC	1011264638	BLAKE	ALEXANDER	VILLAMIL	DABON	1	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
10	RC	1022452526	GERONIMO		CARDONA	DIAZ	1	0				A	A	A	A	A	I	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
11	RC																																		
12	RC																																		
13	RC																																		
14	RC																																		
15	RC																																		
16	RC																																		
17	RC																																		
18	RC																																		
19	RC																																		
20	RC																																		
																															TOTAL	182	18	

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Jennifer Camelo.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

Bogotá 14/Mayo/2024

Hogar Infantil Gerona

Señora coordinadora por medio de la presente quiero pedirle el favor y la excusa de mi hija mia Gabriela, ya que esta resfriada y la voy a cuidar en casa esta semana, para que se mejore.

Gracias

Diana Lesmes

1030538864

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1105402024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): MELO MORERA ERIKA LORENA CC: 1018436914 CAMINADORES B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																											
01	RC	1015001502	ALAIA	JULIANA	DIAZ	GUZMAN	1	8				D	A	A	A	A	A		D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1030712922	SARA	SOFIA	HERNNADEZ	AGUILAR	1	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05	RC	1113871795	BENJAMIN		LOPEZ	ABRIL	1	7				I	I	A	A	A	A		A	I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A		13	7	
04	RC	1012927691	SARA	VIOLETA	RIOS	PABON	1	5				I	I	I	I	I	I		I	I	I	I	D	A	A	A	A	A	A	A		9	11	
05	RC	1233521703	LORENZO		MUELLE	BERNAL	1	6				I	I	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
06	RC	1012927646	ISAAC		ALBARRACIN	MARTINEZ	1	7				I	I	A	A	A	A		A	D	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I		14	6	
07	RC	1018520847	AMAIA	ANTONELLA	BARON	PAIVA	1	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
08	RC	1034405480	SARA	ISABEL	CARABALLO	MARTINEZ	1	10				A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
09	RC	1244828219	THOMAS		MEDINA	CLAVIJO	1	3				I	I																				0	2	
10	RC	1070755094	MARIA	SERAN	SABOGAL	MONROY	1	6				A	A	A	I	I	I	I	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A		15	5	
11	RC	1141381523	SANTIAGO		QUITIAN	SOACHE	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
12	RC																																	
13	RC																																	
14	RC																																	
15	RC																																	
16	RC																																	
17	RC																																	
18	RC																																	
19	RC																																	
20	RC																																	
																															TOTAL	166	34	

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Erika Melo M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO

CERTIFICA

Que el(a) menor **BENJAMIN LOPEZ ABRIL** identificado(a) **RC 1113871795** quien estuvo hospitalizado(a) con acompañante permanente del 30 de abril al 3 de mayo de 2024 en la **CLÍNICA INFANTIL COLSUBSIDIO.**

Se expide a solicitud del interesado(a) el 3 de mayo de 2024.

Atentamente,

Colsubsidio
CLÍNICA INFANTIL
Dalia Rodriguez
ADMISIONES

OFICINA DE ADMISIONES

CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO

Tel 7467310 ext. 75207

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

BIENESTAR

INDICACIONES MEDICAS

nueva EPS

Sede: BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO

Fecha de Atención: 15/05/2024

Paciente: BENJAMIN LOPEZ ABRIL
ID: 1113871795
Sexo: M

Contrato: BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO
Plan: CONTRIBUTIVO
Semanas: 4

Tipo de Usuario: BENEFICIARIO
Sede Afiliado: BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO
Rango: 1

Dirección: CALLE 2 NUMERO 70 A 21
Teléfono: 3215267720 / 3225267720

Solicitada por: BRENDA YANINA PERTUZ ARCE
Dx: Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

Indicaciones

1 MASCULINO CON CUADRO CLINICO D BRONQUIOLITIS + AMIGDALITIS SE DA INCAPACIDDA MEDICA POR 7 DIAS A PARTIR 15/05/2024

Profesional: BRENDA YANINA PERTUZ ARCE - RM No. 1010200397 - Firmado Electronicamente.

Fecha de Impresión - Fecha: 16/05/2024 - Hora: 09:29 AM -

Bogotá D.C. 18 de marzo de 2024

Señores

HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Calle 4 # 71c-56
Ciudad

Asunto: **AUSENCIA ESCOLAR – SARA VIOLETTA RÍOS PABÓN GRADO TRANSICIÓN**

Estimada dirección del Hogar Infantil Gerona,

Nos dirigimos a ustedes en nuestra calidad de padres de Sara Violetta, para informarles de manera formal sobre un asunto familiar importante. Hemos organizado un viaje fuera del país que se llevará a cabo desde el mes de abril hasta mayo del presente año. Este viaje ha sido planeado con antelación desde el año 2023, con el propósito de enriquecer nuestras experiencias familiares.

Con base en lo anterior, solicitamos respetuosamente su colaboración para autorizar la ausencia escolar de nuestra hija Sara Violetta, en el período comprendido entre el lunes 29 de abril y el viernes 17 de mayo de 2024. Estamos plenamente comprometidos con asegurar que esta experiencia no interrumpa su proceso educativo.

Para ello, nos comprometemos a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que el hogar infantil considere necesarias para mantener a Sara Violetta al día con las actividades que correspondan. Esto incluye la realización de actividades de aprendizaje durante su ausencia y cualquier tarea adicional que se requiera para su reintegración sin contratiempos.

Agradecemos de antemano la comprensión y el apoyo que el Hogar Infantil Gerona pueda brindarnos en esta circunstancia. Quedamos a su disposición para discutir cualquier detalle adicional o proporcionar información adicional que sea necesaria.

Atentamente,

María Angélica Pabón Gallego (Mama)
C.C. 1030597014
Cel 3214972169

Cristhian Andrés Ríos Alayón (papa)
C.C. 80830454
Cel 3134383090

Powered by CamScanner

Incapacidad Médica

emi

Consulta los beneficios que te ofrece emi en grupoemi.com

N° SERVICIO: FECHA 29/01/2024 HORA CIUDAD Bogotá

DATOS DE USUARIO

Nombre completo: Isaac Alburcia Montoya

Identificación: 1012927646 Edad: 2 Años

Convenio: EPS Sanitas

Hospitalidad medica

CIE- 10 Principal: Otros Media CIE- 10 Relacionado: H65P

Origen de la enfermedad: X E. General / E. Profesional / A. Trabajo / A. No de trabajo

Motivo de consulta

Duración en numeros: Cinco (5) Días Duración en horas:

Fecha de inicio: 25.04.2024 Fecha de fin: 03.05.2024

Prórroga: SI NO

Hospitalidad relacionada

Condición del servicio: Remisión externa Remisión interna

Observaciones relevantes: Diagnostico diferencial: Tratamiento y medicamentos

Omar Ruiz García
Medico Cirujano
R.M. 72151 U. Libre

Powered by CamScanner

Bogota 6 de Mayo

Señores Hogar Infantil Gerona

Me dirijo ante usteedes con todo respeto para notificarles la ausencia de mi hija Maria Serena Sabogal, ya que ha estado un poco indispuesta y la cuidare en casa hasta verla un poco mejor, agradezco su atencion, regresara el proximo lunes.

Gracias.

Catalina Chivata

atentamente.

Powered by CamScanner

emermédica
Porque tu salud nos mueve

Nombre Lorena Murcia Baez Documento 1233547703

Fecha 28 Abril - 2024

R/. Terapeutica médica + (EDAS)
"Escolar" A partir del 29-30 de
Abril 2024
1) Gastroenteritis Viral Aguda

Dr. Julián David Martínez B.
T.P. 1.026.561.199
E.A.M. - Cuba

Firma/Sello Médico Tratante

Consulte a la brevedad con su médico de cabecera.
Revise indicaciones en la página web.

Carrera 19B Nº 168-35
Teléfono: 3077098
Bogotá - Colombia
www.emermedica.com.co

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): CUCARIAN ROBAYO LILIANA MARIA CC: 1054372516 CAMINADORES C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1030712533	THOMAS	EMILO	VERA	RODRIGUEZ	1	9				A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1141530327	MARIA	ANTONIA	PAEZ	RIVERA	1	9				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
03	RC	1141140804	MATILDE		ALBINO	HERNANDEZ	1	9				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	I		16	4	
04	RC	1032515168	MIGUEL	LEONARDO	VALLEJO	MERA	1	10				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05	RC	1013159861	AGEL	DAVID	RUIZ	LUGO	1	1				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
06	RC	1013159542	JACOB	EMILIANO	OTALORA	MESA	1	6				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
07	PS	1233521515	MARIA	JOSE	MUÑOZ	INGA	1	7				A	A	A	A	A	A		A	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
08	RC	1014485825	ANGEL	MATEO	JIMENEZ	ABRIL	1	6				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	A	A	A	A	I		15	5	
09	RC	1015488795	ANTONIA		MEJIA	AGUDELO	1	5				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
10	RC	1024614928	AARON	DAMIAN	GIL	BERA	1	2				A	A	A	A	A	A	I															6	1	V
11		1054729853	ANTONELLA		BOTERAGO	GARCIA	1	5											I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	I		8	5	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	183	17	

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

Paciente: MATILDE ALBINO HERNANDEZ

Identificación: RC 1141140804

compensar | salud

2024-05-27

CERTIFICACIÓN

El profesional suscrito certifica que el paciente en mención acúdió a consulta médica, presenta un diagnóstico de BRONQUITIS POR ADENOVIRUS , y por tal motivo se incapacita a partir de la fecha para realizar actividades escolares o educativas por un espacio de (7) días.

PACIENTE MENOR DE EDAD CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA, CON REQUERIMIENTO DE ACOMPAÑAMIENTO MATERNO / PATERNO PERMANENTE PARA CUIDADOS GENERALES

VIGILADO Supersalud

VIGILADO Supersubsidio

Cordialmente

Paciente o persona responsable

HERNANDEZ ARCILA MARIA DANIELA

CC:

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

Paciente: ANGEL MATEO JIMENEZ ABRIL

Identificación: RC 1014485825

compensar

2024-05-18

CERTIFICACIÓN

El profesional suscrito certifica que el paciente en mención acudió a consulta médica, presenta un diagnóstico de GASTOENTERITIS AGUDA

, y por tal motivo se incapacita a partir de la fecha para realizar actividades escolares o educativas por un espacio de (4)

días.

SPLA®

NIT 830.071.928-3

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Cordialmente

Paciente o persona responsable

RODRIGUEZ CASTRO DANIELA ALEJANDRA

CC:

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Av Calle 26 # cra 69 PBX:4441234-FAX:

www.compensar.com.co

Powered by CamScanner

Bogota 14 Mayo 2024

Señores: Hogar Infantil Serora

Asunto: Inasistencia

Por medio de la presente manifiesto que la niña Antonello Buitrago García no pudo asistir el día de hoy al jardín, siendo este su primer momento de su ingreso, dado que se siente un poco indispuesta con resfriado por lo tanto la cuidare en casa.

Agradezco su atención prestada.

Atentamente: Tatiana García

06 mayo. Bogotá Dc

Señores

Hogar Infantil Gerona.

Por medio de la presente yo Karol Daniela Gil Vera identificada con cc. 1013684476 de Bogotá madre y Acudiente del menor Aaron Damián Gil Vera identificado con R.C 1024614928 de Bogotá. Manifiesto que mi hijo estuvo inscrito en el hogar Infantil Gerona, Arcoiris de Amor, desde el 4 de marzo de 2024; Solicité la desvinculación de mihijo ya que asistira al jardín hasta el 9 de Mayo del 2024

Cordialmente

Daniela Gil

Karol Daniela Gil Vera

1013684476 .Bogotá Dc

06 MAY 2024
GERONA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP	29/05/2018
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 1
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GONZALEZ SALINAS NUBIA HELENA CC: 46676579 PARVULOS A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1141530085	ANTONIA		SEPULVEDA	DELBUSTO	2	0				A	A	I	I	A	A	A		A	A	A	A	A	I	A	A	A					18	2	
02	RC	1027303329	VERONICA		SASTOQUE	MOSQUERA	2	1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
05	RC	1022451731	ANGEL	MATIAS	CASALLAS	BRICEÑO	2	1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
04	RC	1015001277	JUAN	ESTEBAN	NOVA	VERA	2	1				A	A	A	A	A	I	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					19	1	
05	RC	1011261789	MATIAS		GONZALEZ	TORRES	2	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
06	RC	1012927429	ERICK	SANTIAGO	MORA	RODRIGUEZ	2	3				A	A	A	A	A	A	A	·	I	I	I	I	I	I	I	I	I					7	13	
07	RC	1034793845	MIA	ANTONELLA	BARON	RODRIGUEZ	2	1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
08	RC	1016608960	SALOME		TORRES	BARRANTES	2	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
09	RC	1022451707	ANTONELLA		GONZALEZ	GONZALEZ	2	1				A	A	A	A	A	A	A		I	I	A	A	A	A	A	A	A					18	2	
10	RC	1034793707	EMMANUEL		VELANDIA	MONROY	2	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
11	RC	1011261681	NATHAN	SANTIAGO	DUARTE	GUERRERO	2	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
12	RC	1026604205	MARIA	GUADALUPE	GIL	TEJEDA	2	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
13	RC	1065679435	JESUS	ALEJANDRO	BERMUDEZ	MEJIAS	2	3				A	A	I	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					19	1	
14	RC	1034322964	THIAGO	ALEXANDER	COLMENARES	ANGULO	2	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A										11	0	✓
15	RC	1013159066	JUAN	JOSE	SANTANA	GOYENECHE	1	11				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
16	RC	1016971190	LUNA	HELENA	LEAL	ARANA	2	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
17	RC	1020850668	DAHIA	SALOME	BOLIVAR	CABRA	2	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
18	RC	1233521164	DANNA	SOPHIA	CAÑON	PARRA	1	10				I	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					18	2	
19	RC	1243763169	ITHIEL	SAMUEL	RUIZ	RENGIFO	1	8				A	A	A	A	I	I	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A					17	3	
20	RC	1022451351	JORGE	MARIO	GONZALEZ	SARMIENTO	2	5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					20	0	
																															TOTAL	377	24	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900.203.742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540202 4
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GONZALEZ SALINAS NUBIA HELENA CC: 46676579 PARVULOS A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																						
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																											
01	RC	1018277815	VIOLETTA		RESTREPO	ROMERO																		I	I	A	A	A	I	I	I	I		3	6	
02																																				
05																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																														TOTAL	3	6			

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

Diana Parra
COORDINADOR(A) EA

Nubia H. Gonzalez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

Remision de Incapacidad

Tipo Remisión: Hospitalaria

Nro. Incapacidad: 2096181 Fecha de Expedición: 2024-05-21 08:41:36 AM Ciudad: BOGOTA

Datos del usuario

Paciente	Identificación	Tipo de usuario
ERICK SANTIAGO MORA RODRIGUEZ	RC 1012927429	BENEFICIARIO
Empresa donde labora	**ID de la empresa**	

Datos Incapacidad/Licencia

Origen	Días solicitados	Días en letras
Enfermedad General	10	DIEZ DIAS
Diagnostico	**Fecha inicial**	**Fecha final**
U071	14/05/2024	23/05/2024
Prorroga	**Días acumulados**	
NO	0	
Observación		

Datos del Medico o IPS Prestador del Servicio

Nombre profesional	Identificación	Reg. profesional	Especialidad
OLAYA BARRERA SONIA BIBIANA		52084166	PEDIATRIA
Razon social del prestador	**NIT**	**Ciudad del prestador**	**SGSSS**
SANTA BARBARA	8002514406	BOGOTA	110010559737

Notas aclaratorias:

El paciente estuvo hospitalizado en la Clínica Santa Bárbara de Cafam del 14 al 21 de mayo, por ser menor de edad tuvo acompañamiento las 24 horas, requiere continuar cuidados, tratamiento y aislamiento en casa. -

Profesional: OLAYA BARRERA SONIA BIBIANA - Registro Médico 52084166 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 2024-05-21 - Hora: 08:41 AM - OLAYA BARRERA SONIA BIBIANA

CLÍNICA SANTA BÁRBARA
SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN
PEDIATRÍA

Powered by CamScanner

Bogotá 24 mayo 2024.

Hogar infantil Gerona Arcoiris de amor:

He dirijo a ustedes por medio de la presente. Para informar que el niño Elick Santigo Mora Rodriguez estuvo hospitalizado por presentar virus, ya se encuentra en casa pero quiero tenerlo por 8 dias mas hasta su completa recuperación.

Agradezco de antemano su atencion prestada.

Atentamente,

Yuri Amanda Rodriguez
cc 53072911
Acudiente.

Powered by CamScanner

Colsubsidio
Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT.860.007.336-1

Fecha: 08.05.2024 **Hora:** 01:51:24

Nombre: ITHIEL RUIZ RENGIFO **Documento de Identificación:** Registro Civil 1243763169

Indicaciones:

SE CERTIFICA QUE:

EL PACIENTE ASISTE AL SERVICIO DE URGENCIAS TRAÍDO POR SU MAMÁ LUZ STELLA RENGIFO
SE VALORA AL PACIENTE Y POR ESTABILIDAD CLÍNICA Y HEMODINÁMICA SE DA EGRESO CON MANEJO AMBULATORIO Y SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

SE GENERA INCAPACIDAD A PARTIR DE LA FECHA POR 3 DÍAS PARA NO ASISTIR A CENTRO EDUCATIVO.

Dra. Laura Salinas Blanco
Médico General
R.M. 1.098.720.498

Nombre Prestador: SALINAS, LAURA

Documento de Identificación: 1098720498

Powered by CamScanner

Paciente: DANNA SOPHIA CAÑON PARRA

Identificación: RC 1233521164

compensar | salud

2024-04-30

CERTIFICACIÓN

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

Powered by CamScanner

CARTA DE RETIRO

A los 20 dias del mes de Mayo Notifico por este medio al Jardin Arcoiris de Amor "Gerona" el Retiro del yardin de thiago Alexander colmenares Angulo Paivulos. A. Motivo por el cual nos mudaremos del país Colombia.

De Antemano agradecemos el Servicio prestado duiante este año y medio el Cual muy gratificante y de gian aprendizaje para nuestro Hijo thiago

Muchisimas giacias a todos los integiantes del yaidin Dios los bendiga en giande.

Quien se Despide, Mamá de thiago

Marialis Angulo
C.I: 26.457.723



Powered by CamScanner

Bogota 27 de Mayo

Hogar Infantil Gerona

Por medio de esta notificación, pido permiso y excusa por mi hija Violetta restrepo ya que se encuentra indispuesta por el cambio al jardin, la cuidare en casa para que se recupere prontamente. y pueda retomar las actividades del jardin

gracias

Katerine Romero
1063304708_

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

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): VARGAS BERMUDEZ EVELIN JULIETH CC: 1116789182 PARVULOS B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1300002468	LIAM	SANTIAGO	MARIN	ESPINOSA	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
02	RC	1141376904	EIMY	LUCIANA	LAVERDE	AVILA	2	6				A	A	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	A	A	A	A		6	14	
03	RC	1030710868	IAN	SAMUEL	ABRIL	MARTIN	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
04	RC	1013158829	EMMA	SOFIA	TAMBO	POVEDA	2	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05	RC	1013158143	JUAN	PABLO	SANCHEZ	GUTIERREZ	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
06	RC	1016121010	SAMUEL		JIMENEZ	MORALES	2	5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
07	RC	1028846251	ETHAN	ELIAS	SANCHEZ	RUGELES	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19	1	
08	RC	1025158303	SANTIAGO		BERNAL	ROJAS	2	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
09	RC	1141376593	SALOME		CARVAJAL	SEDANO	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
10	RC	1011331483	LYAN	MATHIAS	MORENO	RAMIREZ	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I		17	3	
11	RC	1025158527	ELIANA	ANTONELLA	CORREA	VILLANUEVA	1	9				I	I	I	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	I	A	A	A	A		12	8	
12	RC	1233519957	PAULA	VICTORI	DEL PABLO	LOPEZ	2	1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
13	RC	1023422077	SARA	VALENTINA	CAMPOS	ARCINIEGA	2	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19	1	
14	RC	1030711536	NAIAH	LUHANA	ANGARITA	HERNNADEZ	2	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	I		18	1	
15	RC	1029155330	PAULINA		ROSAS	SILVA	2	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
16	RC	1011261685	ADRIAN		RUIDIAZ	GIRALDO	2	3				A	A	A	I	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	I		15	5	
17	RC	1027544199	SAMUEL	ALEJANDRO	PEÑA	ROJAS	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
18	RC	1013158562	ISABELLA		HERNANDEZ	CARLOS	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
19	RC	1141377020	SAMUEL		RAMIREZ	LOPEZ	2	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
20	RC	1013158829	EMMA	GABRIELA	HERNANDEZ	RODRIGUEZ	2	1				A	A	A	A	A	A	A		A	I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A		16	4	
																															TOTAL		361	39	

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

Diana Pinilla
COORDINADOR(A) EA

Evelin Vargas B
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

Centro Medico Plaza De Las Americas EPS Sanitas - NIT. 9010416913
Cra 71D # 6-94 Sur Locales 3003-4002.Teléfono: 3759000
Nombre: ADRIAN RUIDIAZ GIRALDO
Identificación: RC 1011261685 - Sexo: Masculino - Edad: 2 Años

CERTIFICADO MÉDICO No. 7765359

BOGOTA D.C.
29/05/2024, 06:45:02
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1753112-1-3

CERTIFICADO MÉDICO

Peso: 12 kg Talla: .895 m IMC: 14.98 kg/m2 Perimetro cefálico: 49 cm Perímetro del brazo: 17 cm Asiste a programa de crecimiento desarroll

Indicadores antropométricos

IMC/Edad: No Aplica (Verificar con P/T). Perimetro Cefálico/Edad: Normal. Peso/Edad: Peso adecuado para la edad. Peso/Talla: Peso adecuado para la talla Talla/Edad: Talla adecuada para la edad.

Certifico que el paciente asistió en el día de hoy a la consulta médica, y/o con su acompañante Sr (a)_Yuri Giraldo. Paciente con rinofarngitis y gastroenteritis se deja incapacidad por 7 dias para el colegio.

MÉDICO

Dra. Yenifer Mazo T.
Yenifer Mazo

Powered by CamScanner

SPLA®
SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE LOS ANDES

Cra. 48 No. 94-19 Barrio La Castellana
PBX: 601 610 7242 • Bogotá D.C.

Fecha: 14-05-21

Nombre: Erny Luciana Lozada

RC: 1141376901

- Se certifica incapacidad medica de 10 Dg días a partir 06-05-21 hasta 16-05-21. quien requiere acompañante permanente. Gracias!

D. SBO

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

CAPRESOCA

Remision de Incapacidad

Tipo Remisión: Hospitalari

Nro. Incapacidad 2003639 **Fecha de Expedición** 2024-05-17 05:47:36 PM **Ciudad** BOGOTA

Datos del usuario

Paciente ELIANA ANTONELLA CORREA VELANUEVA	**Identificación** RC 1075158[illegible]	**Tipo de usuario** BENEFICIARIO
Empresa donde labora	**ID de la empresa**	

Datos Incapacidad/Licencia

Origen ENFERMEDAD GENERAL	**Días solicitados** 8	**Días en letras** OCHO DIAS
Diagnóstico R073	**Fecha Inicial** 17/05/2024	**Fecha final** 24/05/2024
Prórroga NO	**Días acumulados** 0	
Observación		

Datos del Medico o IPS Prestador del Servicio

Nombre profesional JOSE ARTURO VALOYES RODRIGUEZ	**Identificación**	**Reg. profesional** 7942024	**Especialidad** MEDICINA GENERAL
Razon social del prestador FLORESTA	**NIT** 830033647	**Ciudad del prestador** BOGOTA	**SGSSS** 110010559704

Notas aclaratorias:

-

Profesional: JOSE ARTURO VALOYES RODRIGUEZ - Registro Medico 7942024 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 2024-05-17 - Hora: 05:47 PM - JOSE ARTURO VALOYES RODRIGUEZ

SUBDIRECCION DE SALUD
DR. JOSE ARTURO VALOYES RODRIGUEZ
Medico

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS S.A.

INCAPACIDAD

GENERADO: 15/05/2024 14:49

SUCURSAL CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM SALITRE
DIRECCIÓN CRA 64 A 24B 10 TO 2 PI 4
TELEFONO 5895303
ENTIDAD AFILIACIÓN COLSANITAS S.A
NIT 901041691
CIUDAD BOGOTA D.C.
NOMBRE USUARIO EMMA GABRIELA HERNANDEZ RODRIGU...
FECHA 15/05/2024
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN RC - 1013158829
PLAN USUARIO OTRO
CARNÉT 010 00001010815980300001 00000001 TIPO DE USUARIO OTRO
PLAN CONTRATO FAMILIA USUARIO
FECHA NACIMIENTO: 10/02/2022 ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) OCUPACION: PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE
DIR. DOMICILIO: BOGOTA TEL. DOMICILIO: 3112232660 LUGAR RESIDENCIA: BOGOTA D.C.
TIPO VINCULACION: OTRO ACOMPAÑANTE: HERNANDEZ ALBERTH TEL. ACOMPAÑANTE: 0
RESPONSABLE: ALBERTH HERNANDEZ PARENTESCO: PADRE TEL. RESPONSABLE: 0

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 7 **FECHA INICIAL:** 15/05/2024 **FECHA FINAL:** 21/05/2024

DIAGNÓSTICO: B01.9 **TIPO DE INCAPACIDAD:** GENERAL

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO MÉDICO: Julián Darío Sosa Montañez C.C. 1,020,798,600 Especialización en Pediatría Fundación Universitaria Sanitas

FIRMA USUARIO: _____

PROFESIONAL: SOSA MONTAÑEZ JULIAN DARIO

REGISTRO: 1020798600

ESPECIALIDAD: PEDIATRIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Powered by CamScanner

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: __ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540924
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

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

Hoja __1__ de __1__

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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

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

Diana Piñuela
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

Hoja __1__ de __1__

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

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

Diana Pinzón
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

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

IDENTIFICACIÓN

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

DATOS DE LA INCAPACIDAD

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

DIAGNÓSTICOS DE LA INCAPACIDAD

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

Cla Maria Camila Espinosa
Médico General
R.M. 10[illegible]08

Profesional: MARIA CAMILA ESPINOSA GIL
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional # [illegible]

Powered by CamScanner

Bogota 8 - Mayo - 2024

Señores:
Hogar Infantil Gerona

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

Francy Moncayo

1013640781

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

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

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

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

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

Powered by CamScanner

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

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

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

DATOS PERSONALES

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

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

DATOS DE AFILIACIÓN

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

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SISBEN NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

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

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

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle: Recomendaciones nutricionales.

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

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

INCAPACIDAD MÉDICA POR 7 DIAS

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

Powered by CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

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

FORMULACION MEDICA EXTERNO

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

Plan de Beneficios: RS_152_2 - EPS SANITAS SUBSIDIADO - CAPITACIÓN

Diagnostico Principal : H109 - CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA

Formula: FAM000024232998

INDICACIONES PACIENTE

INCAPACIDAD MEDICA 03 TRES DIAS

LISTADO DE DIAGNOSTICOS

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

ESPEJO GOMEZ ALVARO JAIME
MEDICINA GENERAL.
19447140

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

Powered by CamScanner

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

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

Indicaciones:

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

Nombre Prestador: LENIS, CLAUDIA

Documento de Identificación: 53076910

Especialidad del médico: MEDICINA GENERAL SG

Lugar de Atención: CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL

Salud
Subsidio
Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

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

Hoja 1 de 1

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

Verificación De Cobertura

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

Diana Pineda
COORDINADOR(A) EA

Olga Rojas Araque
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT __ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100502024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

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

Hoja __1__ de __1__

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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

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

Diana Pineda
COORDINADOR(A) EA

Olga Rojas Araque
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

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

Hoja 1 de 1

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

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Brigitte Samira Gomez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

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

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

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA CC: 1023949610 PRE JARDIN B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

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

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

Dana Pinzón
COORDINADOR(A) EA

Brigitte Samira Gomez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

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

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

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

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

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

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

IDENTIFICACIÓN

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

DATOS DE LA INCAPACIDAD

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

DIAGNÓSTICOS DE LA INCAPACIDAD

Diagnóstico principal
H669 OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA

Juan S. Navarro
Medico General
CC. 1091671503

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

Powered by CamScanner

Dra. Jackeline Hernández Anduray
Pediatra

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

PACIENTE: Martina Cueva Rodriguez

EDAD: 3 años FECHA: 25 Mayo 2024

RC: 1014855612

Incapacidad Médica

Dx Crup en Resolución
Amigdalitis Aguda
Enfermedad Diarreica Aguda

Incapacidad por 15 días

Fecha Inicio 25/Mayo/2024

Fecha final 8/Junio/2024

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

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

3025164714

drajackiepediatra@hotmail.com

@DraJackiepediatra

Doctora Jackeline Hernández

@DraJackiepediatra

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

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

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

Hoja _1_ de __1_

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

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Claudia M Correa R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

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

Hoja 1 de 1

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

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Claudia M Correa R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

INCAPACIDAD MEDICA

Nº145439

CLASE Inicial

INFORMACIÓN GENERAL

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

Médico: 1024565843 WENDY KATHERINE BOLIVAR MARTINEZ

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

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

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

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

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

Diagnóstico: R560 - CONVULSIONES FEBRILES

Codigo de prestador: EPSS34

Nombre prestador: CAPITAL SALUD

Tipo de incapacidad Ninguna

Tipo de atencion: EnfermedadGeneral

Powered by CamScanner

CLINICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTES LABORALES

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

Fecha impresión: 03/05/2024 14:26

Orden N°: 53377

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

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

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

Tipo de usuario: Otro

Vía de ingreso: Atención inicial de urgencias

Categoria: Sin Recaudo

Diagnósticos

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

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

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

Diagnóstico: S500 :: CONTUSION DEL CODO

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

Causa que motiva la atención: INCAPACIDAD PARA ACTIVIDAD DEPORTIVA

Observaciones:

Powered by CamScanner

Paciente: SARA CAMILA LOZANO MALAGON

Identificación: RC 1023245364

compensar | salud

2024-05-20

CERTIFICACIÓN

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

Powered by CamScanner

Bogota 20 de Mayo 2024

Hogar infantil Gerona

Asunto: ausencia

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

Gracias por su atención

Atentamente

Yenci Perdomo

Powered by CamScanner

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
INDICACIONES
HOSPITAL CENTRAL

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

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

INCAPACIDAD POR 5 DIAS POR CUADRO CLINICO DE RINOFARINGITIS/CONJUNTIVITIS

Yair Alfonso Orozco Orozco
19598867
Medicina General

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

c:\ips\Reportes\AtnRP008.rpt

Powered by CamScanner

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
CERTIFICADO ESCOLAR
HOSPITAL CENTRAL

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

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

Motivo Certificado

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

Johana Vicenta Gonzalez Iguaran
5808912
PEDIATRA

ORDENADO POR

Firma:

--- GONZALEZ IGUARAN JOHANA VICENTA

C:\IPS\Reportes\AtnRP03b.rpt

Powered by CamScanner

Hogar Infantil Gerona
Bogota 17 - Mayo - 2024.

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

Nora Gonzalez.

Atentamente

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

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

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

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

Intervenciones: excusa medica por 8 dias a partir de hoy

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

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

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

Hoja 1 de 1

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

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

MONICA NIÑO
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

Hoja __1__ de __1__

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

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

Diana Rozo
COORDINADOR(A) EA

MONICA NIÑO
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

DATOS AFILIADO

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

Tipo Cotizante	Empresa donde labora	Id Empresa
BENEFICIARIO	No registra	5010609840

DATOS INCAPACIDAD/LICENCIA

Tipo Remision	Origen	Dias solicitados	Prorroga
AMBULATORIA	ENFERMEDAD GENERAL	3	NO

Diagnostico Ppal	Diagnostico relacionado
J039	NO REGISTRA

Dias Acumulados	Presunto Origen	Incapacidad Retroactiva
0	Comun	NO

Observacion

Causa que motiva la atención
SEGUIMIENTO POR RIESGO DE DNT

DATOS DEL MEDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO

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

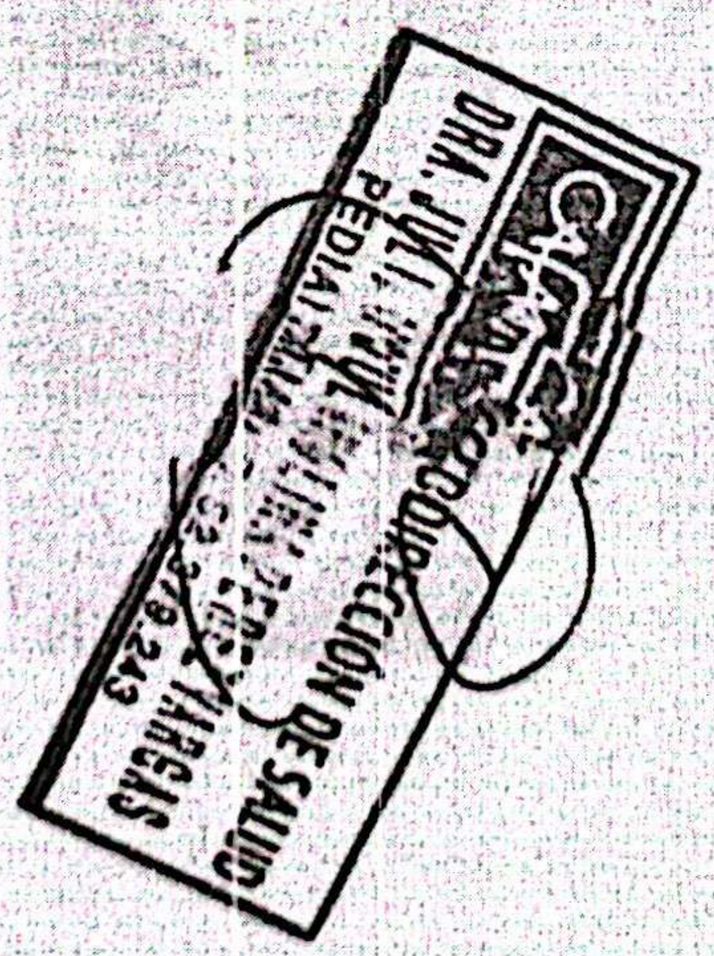
Razon social prestador	ID	Ciudad prestador	REPS
Caja de Compensación Familiar CAFAM	860013570-3	BOGOTA	110010559705

NOTAS ACLARATORIAS: 0

Firmado Electronicamente Por

JULIANA CAROLINA PEREZ VARGAS
Registro Medico: 52739243

Lugar de expedición: BOGOTA (11001)



Powered by CamScanner

Bogota 02 Mayo 2024

Colegio Gerona.

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

Catherin Bernal 1022370000.

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

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

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

Hoja 1 de 1

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

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

Hoja _1_ de _1_

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

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner