PROCESO IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSO-308
Versión: 0
Fecha: Marzo 19/2019 - 2/09/2021
Página: 1 de 2

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

NIVEL: Párvulos NUIP: 1140339621 NIÑA O NIÑO: Karol Yuliana Cuellar Martinez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Ingrith Martinez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Jhon Cuellar PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Ivon Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
01/10/24	10:30am	Hogar de la familia.	Siendo las 10:30am se establece comunicación con la Sra. Ingrith, al número 3124956622. para saber porque no asistió la niña, la Sra refiere que tiene cita medica para el control del asma, pero que el día de mañana asistirá normalmente, se orientace a la Sra por la información. y se le solicita si le entregan soporte entregar una fotocopia. a la maestra, se desea un buen día refiriendo que lo dialogado quedará consignado en una novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Ivon Duque U. Profesional de atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
02/10/24	7:45am	JI Salamandra	Siendo las 7:45am. ingresa Yuliana. en aparente buen estado físico y anímico. en compañía de su madre. Ingrith. quien informa, que estuvieron en la cita medica, le enviaron a la niña unos examenes y la vacunaron, entrega soporte de vacunación y y orden para examenes. se informa a la Sra que. la niña estará en observación durante el día, en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Ivon Duque U. Profesional de atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Ingrith Martinez

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
02/10/24	16:00pm	JI Salamandra	Siendo las 16:00pm sale Yuliana en compañía de su madre, a quien se le informa que la niña no presento eventualidades durante el día por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Ivon Duque U. Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Ingrith Martinez

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO ___	Se realizó activación de rutas: SI ___ NO ___

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Powered by CamScanner

FORMULA MEDICA

Fecha y Hora: 01 Oct 2024 11:57

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento: Registro Civil	**Documento: 1140939664**
Nombre: KAROL YULIANA CUELLAR MARTINEZ	Fecha de Nacimiento: 10 Oct 2020
Dirección: CL 73 D BIS SUR 26 F 07	Teléfono: 8888888
Departamento: (11) BOGOTA	Municipio: (001) Bogota
Teléfono Celular: 3124956622	Email: ingrithmartinez02@gmail.com

INFORMACIÓN DE LA REMISION

Tipo: ORDEN DE DIRECCIONAMIENTO	Régimen: Contributivo - POS - Evento
Motivo:	**Fecha Vencimiento: 30 Dic 2024**
Diagnóstico: J45.9 - J30.4 - G47.3 - M79.6	DP Anterior: 01268-2448669408
Ubicación del Paciente: Consulta Externa	Origen del servicio: Enfermedad general

DETALLE DE SERVICIOS/MEDICAMENTOS/DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
8917040000	1	OXIGENOS - ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFÍA] CLINICA DE APNEA DEL SUEÑO, CUESTIONARIO DE TRASTORNO RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DE CHERVIN 14 PUNTOS -

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Maria Camila Zuloaga Sarmiento	Especialidad: PEDIATRIA
Cedula: 1118124418	Registro Medico: 1118124418

OBSERVACIONES

ESTE SERVICIO DEBE SER APROBADO POR EL COMITE DE LA SUCURSAL

Maria Camila Zuloaga Sarmiento REGISTRO. 1118124418

RECIBIDO
02/10/24.
PAOLA DUQUE
PROFESIONAL DE ATENCION
A PRIMERA INFANCIA

Powered by CamScanner

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombr
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	10-OCT-20	Sanofi	03760001/21	Olaya		
	Hepatitis B	Recién nacido	10-OCT-20	Sanofi	032pe4122	Olaya	10-Dic-20	
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	10 DIC. 20	Sanofi	R3L89	VSO1049		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	10-DIC-20	Serum	28591031	VSO1049		Ofelia R
	Rotavirus	1ª	10 DIC. 20	GlaxO	AHDC428A	VSO1049		VAC
	Neumococo	1ª	10 DIC. 20	GlaxO	ASAHB243	VSO1049		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	10-2-21	Biltoven	2013002		10 02 21	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	10-2-21	GlaxO	AHDC428AA		10 02 21	
	Rotavirus	2ª	10-2-21	Serum	[illegible]			
	Neumococo	2ª	10-2-21	GSK	ASAHB243A		10 02 21	
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	20 ABR. 2021	Sanofi	2013002	VSO1049	10 04 21	Mile
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	20 ABR. 2021	Serum	2850X080	VSO1049		Mile
	Influenza	1ª	18 JUN. 2021	Sanofi	U3B8A1	VSO1049		Ofelia
7 Meses	Influenza	2ª	16 JUL. 2021	Sanofi	U3B8A1	VSO1049		Ofel
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	[illegible] 2021	Serum	0180N093	VSO1049		Ofel
	Fiebre Amarilla	1ª	[illegible] 2021	MANGUINHOS	211VFC0122	VS CHAPINERO		LADY
	Neumococo	Refuerzo	24 OCT 2021	GlaxO	ASAHB310A	VSO1049		Ofel
	Influenza (2024)	Anual	[illegible] 2021	FLUCCFLU	VSO272006	VS CHAPINERO		EMA
	Hepatitis A	ÚNICA	11-10-2021					
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) 2851X00X 15-07-22	1º Refuerzo	[illegible] 2022	NSO BILTHOVEN	T036268	VSO1049		Ofel
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo			211506	VS CHAPINERO	20 04 22	LAD
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo					20 04 22	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	06 SEP. 2021	Serum	C5898BB	Olaya		Olaya
Niñas 9 Años o más	VPH	Influenza	27-10-23	Butantan	230046	VS Tobon		Yul E
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		11 OCT. 2021	merck	U006719	VSO1049		Ofelia
	Influenza mca		01 DIC 2021	GC FLU	VSO52400	VS Chapinero		Ofel

Estas vacunas son gratu

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-308 Versión: 0 Fecha: Memo 20210116300 - 2/09/2021 Página: 1 de 2

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

NIVEL: Preprimaria NUIP: 1013977996 NIÑA O NIÑO: Erick Mateo Gutierrez Caicedo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Liliana Caicedo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Wilson Gutierrez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
											SI ___ NO X	SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
01/10/24	8:30am	Hogar de la familia.	Siendo las 8:30am se establece comunicación con la sra Nancy madre de Erik al numero 3214045289. con el fin de saber porqué no asistió el niño, la sra refiere que tiene cita odontologica, se agradece a la sra por la información, se le recuerda presentar soporte en fotocopia tamaño oficio. tambien se le informa que lo dialogado quedara consignado en una novedad. en este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
											SI ___ NO X	SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
02/10/24	7:35am	Ruta escolar Parada Parque Illimani.	Siendo las 7:35am ingresa Erick en compañia de su madre en buenas condiciones físicas y animicas entrega certificado odontologico donde refiere que el niño no necesita tratamiento, se le refiere la novedad del dia de ayer con la que se encuentra de acuerdo, se le informa que el niño estará en observacion durante el dia, en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Nancy Caicedo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
					X						SI ___ NO X	SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
02/10/24	16:00pm	Ruta escolar Parada Parque Illimani.	Siendo las 16:00pm ante Erik en compañia de su madre en buenas condiciones físicas y animicas se informa a la sra que el niño no presento eventualidades durante el dia por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional de atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Nancy Caicedo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
					X						SI ___ NO X	SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
17/10/24	10:30am	Hogar de la familia.	Siendo las 10:30am se establece comunicación con la sra Nancy madre de Erik al numero 3214045289 con el fin de saber porque no asistió el niño al jardín la sra refiere que tuvo el dia libre del trabajo y quiso quedarse con el para compartir el dia, se agradece a la sra por la información, se le recuerda lo dialogado quedara registrado en una novedad con lo que la sra se encuentra de acuerdo. en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-P553-3000
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yenifforale S

NIVEL: Pejardin NUIP: 1036977796 NIÑA O NIÑO: ERICK MATIAS FUENTES CAICEDO

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Nancy Caicedo.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Nancy caicedo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: LEIDY PAOLA DUQUE

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
FECHA / HORA / LUGAR											DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD	
18/10/24. 7:35am JI Salamandra.											Siendo las 7:35am ingresa Erick en compañía de su madre Nancy al jardin en aparente buen estado físico y emocional, la Sra refiere que el niño no presenta novedad el dia de ayer se le refiere la novedad de llamada con la que se encuentra de acuerdo. se le informa que el niño estará en observación durante el dia. En este punto finaliza la novedad.	

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE U. Profesional en atencion a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Nancy Caicedo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
FECHA / HORA / LUGAR											DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD	
18/10/24. 16:56pm Ruta escolar parada porque llimani.											Siendo las 16:56pm sale Erick en compañía de su madre Nancy en aparente buen estado físico y anímico, se informa a la Sra que el niño tuvo un dia sin eventualidades por lo tanto se realiza cierre de novedad.	

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE U. Profesional en atencion a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Nancy Caicedo

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO ___	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___
FECHA / HORA / LUGAR											DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD	

HOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO ___	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___
FECHA / HORA / LUGAR											DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD	

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Powered by CamScanner

01.10.24

NOMBRE DEL PACIENTE - ERICK MATHIAS GUTIERREZ CAICEDO -	HC: RC-1013697796

PACIENTE MENOR DE EDAD ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA DE VALORACION CON DIAGNOSTICO SANO SE REALIZA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR CONTROL EN 6 MESES

SONIA BAUTISTA CC 52488634

ODONTOLOGA GENERAL CENTRO MEDICO SURA SUR

RECIBIDO
02/10/2024
PAOLA DUQUE
PROF. ATENCION A PRIMERA INFANCIA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSO-308

Versión: 0

Fecha: Memo 20210116300 - 29/09/2021

Página: 1 de 2

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

NIVEL: Párvulos NUIP: 1043132874 NIÑA O NIÑO: Mike Anthony Hurtado Bravo.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Disney Bravo Venegas.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Cristian Hurtado. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
02/10/24.	7:37am	Ruta escolar Parada Parque Illimani.	Siendo las 7:37am ingresa Mike en aparente buen estado físico y emocional en compañía de su Papá Cristian quien entrega soporte de la cita del día de ayer donde le información que el niño va muy bien. en cuanto al tema de su enfermedad en el esofago, tambien entrega Petición especial para dejar el frasco de medicamento que reclamó el día de ayer Domperidona 1mg/1ML para que repose en el baldin. ya que no le parece Pertinente continuar trasladando el medicamento en

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: NO APLICA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	la ruta escolar, El medicamento Domperidona. se le debe continuar administrando al niño 15minutos antes, del almuerzo 3,7mg via Oral, se informa que se asignará un espacio en el botiquin de enfermeria. la sra se encuentra de acuerdo. el medicamento se recibe en buenas condiciones Caja y tarro. FV. 08/25. LOTE DCL3139. registro invima 2018M-0012720-R1. suspension 60ml, el niño estará en observacion durante el dia, EN ESTE PUNTO finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: KELLY PAOLA DUQUE U. Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Cristian Hurtado 1026576820.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
02/10/24.	15:50.	Ruta Escolar Parada Parque Illimani	Siendo las 15:50pm Sale Mike en compañia de su Padre cristian. en buenas condiciones fisicas y animicas, se le informa que el niño no presento eventualidades durante el dia, se le suministro el medicamento y no presento reacciones negativas por lo tanto se realiza cierre de Novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: KELLY PAOLA DUQUE Profesional en atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Cristian Hurtado CC 1026576820

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
03/10/24.	7:45am	Hogar de la familia	Siendo las 7:45am se comunica la Sra (Mam) Disney con la maestra desde el número 3224357375. Para informar que Mike no asiste el dia de hoy porque amanecio con tos Hua y lo tendra en casa dandole remedios caseros, se agradece a la Sra deseando una pronta recuperacion, se informa que lo dialogado quedará registrado en una novedad con lo que la Sra se encuentra de acuerdo, en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: KELLY PAOLA DUQUE Profesional de atención a primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PRES-300
Versión: 0
Fecha: Marzo 12/2016 (5:00 - 20/05/2021)
Página: 1 de 2

MODALIDAD: FI UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yomi Morales

NOMBRE: Tapiero T. RUA: NUI 31332284 NIÑA O NIÑO: Mike Anthony Hurtado Ayala

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Disney Riaño

ACUDIENTE PRINCIPAL: Cristian Amado PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
FECHA	HORA	LUGAR												
09/10/24	12:45pm	Hogar de la familia.											SI ___ NO X	SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 12:45pm se establece comunicación con la Sra Disney al numero 3224357375. con el fin de saber como sigue el niño, la sra refiere que aun presenta soltura aunque ya no tan seguido como el dia de ayer, refiere que esto lo atribuye a que el es alergico a varios (medicamentos) (alimentos). y el medico le dió o le ordeno estarlo con manil, la Sra refiere que el dia de mañana el niño tiene cita, saldrá de dudas e informa que no asistirá tampoco el dia de mañana.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: HOLY PAOLA DUQUE. PROFESIONAL EN ATENCION A PRIMERA INFANCIA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
FECHA	HORA	LUGAR												
09/10/24	12:30pm	Hogar de la familia.											SI ___ NO X	SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 12:30pm se establece comunicación con la Sra Disney al numero 3224357375 con el fin de saber como sigue el niño, la sra refiere que el dia de hoy ya lo ve un poco mejor y tuvo que aplazar la cita que tenia ya que de la EPS salud total no enviaron la autorizacion a Homi. para la cita que le quedo para el dia 11 y estara informando como va evolucionando el niño para regresar al Jardin. EN ESTE PUNTO FINALIZA LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: HOLY PAOLA DUQUE. PROFESIONAL DE ATENCION A PRIMERA INFANCIA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
FECHA	HORA	LUGAR												
10/10/24	7:30am	Hogar de la familia.											SI ___ NO X	SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 7:30am se establece comunicación con la Sra Disney al numero 3224357375 con el fin de saber como sigue el niño, la Sra refiere que ya tiene muy poca soltura y esta comiendo un poco mejor pero prefiere tenerlo en casa. hasta que terminis de reponerse, se agradece a la Sra por la informacion recordandole que lo dialogado quedara consignado en una novedad. EN ESTE PUNTO FINALIZA LA NOVEDAD.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: HOLY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL EN ATENCION A PRIMERA INF

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
FECHA	HORA	LUGAR												
11/10/24	7:40am	Ruta escolar parada parque Illimani.											SI ___ NO X	SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 7:40am ingresa Mike en aparente buen estado fisico y emocional, en compañia de su madre Disney y quien informa que el niño ya esta bien del estomago ya esta comiendo bien y de buen animo, se informa a la Sra que estara en observacion durante el dia. EN ESTE PUNTO finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: HOLY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL DE ATENCION A PRIMERA INFANCIA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Disney Riaño Vargas CC 1033965222

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-708

Versión: 0

Fecha: Marzo 02/2021 - 2/03/2021

Página: 1 de 2

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

NIVEL: Educación In. RUN: 1153312254 NIÑA O NIÑO: Mike Anthony Hurtado Riaño

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Disney Riaño

RESIDENTE PRINCIPAL: Cristian Hurtado PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque

FECHA	HORA	LUGAR	TIPO DE NOVEDAD	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO ____	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO ____
11/10/21	15:50pm	Ruta Escolar parada porque llimani.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	

DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD

siendo las 15:50pm. Sale Mike en buenas condiciones físicas y anímicas en compañía de su madre Disney a quien se le informo que el niño pasó un día sin eventualidades, se alimentó bien y se le suministro el medicamento sin novedades, se le refieren las novedades de la semana con las que se encuentra de acuerdo por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Yeidy Paola Duque U. Profesional de Atención a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Disney Riaño Vanegas CC. 1033765222

FECHA	HORA	LUGAR	TIPO DE NOVEDAD	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO X
16/10/21	9:40am	JI Salamandra.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 9:40am. ingresa Mike en aparente buen estado físico y emocional, en compañía de su madre. Disney quien informa que creían de llegar porque el niño tenía cita con uno de los especialistas que lo atienden "Neurología" refiere que le enviaron nuevos exámenes medicos... se agradece a la sra por la información y se le refiere que el niño estará en observación durante el día con lo que la sra se encuentra de acuerdo, en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Yeidy Paola Duque U. Profesional de Atención a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Disney Riaño Vanegas CC 1033765222

FECHA	HORA	LUGAR	TIPO DE NOVEDAD	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO X
16/10/21	15:50pm	Ruta Escolar parada porque llimani.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 15:50pm sale Mike en buenas condiciones físicas y anímicas, se informa a la madre que el niño tuvo un día sin eventualidades, durante el día se alimentó de forma adecuada y no presentó desalimentos de salud por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Yeidy Paola Duque U. Profesional de Atención a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Disney Riaño Vanegas CC. 1033765222

FECHA	HORA	LUGAR	TIPO DE NOVEDAD	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO ____	Se realizó activación de rutas: SI ____ NO ____
			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO

Ingreso: 4656081829 **Fecha Historia:** 1/10/2024 9:43:14 a. m. **# Autorización:**
Fecha ingreso: 1/10/2024 8:10:50 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatria
Identificación: 1145934284 **Nombres:** MIKE ANTHONY **Apellidos:** HURTADO RIAÑO
Número de folio: 57 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: HURTADO RIAÑO
Nombres: MIKE ANTHONY
Dirección: CR 27 N 74 B SUR BR PARAISO - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA
Teléfono: 3116568931 - 3157623156
Entidad responsable: SALUD TOTAL EPS
Segurad social: SALUD TOTAL EPS
Tipo paciente: CONTRIBUTIVO
Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: RC **Número:** 1145934284
Edad: 04 Años 02 Meses 23 Dias (9/07/2020)
Sexo: MASCULINO

Grupo: O **RH:** Positivo
Tipo afiliado: BENEFICIARIO
Estado civil: SOLTERO
Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: CONTROL
Enfermedad Actual: CONTROL GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

FN 09/07/2020
MADRE DISNEY RIAÑO
TELEFONO 3157623156
PROCEDENTE BOGOTA

DIAGNOSTICOS
ESOFAGITIS EOSINOFILICA **RESTRICCION ALIMENTARIA TRIGO, LECHE, SOYA, MANI, HUEVO**
FALLA DE MEDRO
TALLA BAJA
RETRASO DEL NEURODESARROLLO

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD, CONOCIDO EN SEGUIMIENTO POR ESOFAGITIS EOSINOFILICA CON FALLA PARA CRECER CON RESTRICCION DE PROTEINA DE LECHE DE VACA - HUEVO - SOYA - TRIGO Y MANI, CON SUPLEMENTACION CON NEOCATE 5 MEDIDAS EN 5 ONZAS, HABIA PRESENTADO DESCENSO DE EOSINOFILOS CON LO CUAL RETARON A TRIGO Y REAPARECEN LOS SINTOMAS DISTENSION ABDOMINAL Y PERDIDA DE PESO, CON ULTIMO CONTROL ENDOSCOPICO EL 09.01.2024 DONDE SE EVIDNECIA MAS DE 20 EOSINOFILOS POR CAMPO, POR LO QUE SE DEJÓ NUEVAMENTE CON RESTRICCION DE TRIGO, LECHE, HUEVO SOYA Y MANI
EN JUNTA MEDICA DEL 13.03.24 DE INMUNOLOGIA Y GASTROPEDIATRIA, POR DESNUTRICION, TALLA BAJA Y RETRASO DEL NEURODESARROLLO SECUNDARIO A MUTLIPLES ALERGIAS, POR LO QUE SE DECIDIÓ APLICACION DE DUPILUMAB.
REFIERE MADRE NO HA SIDO AUTORIZADO EPS, ELLA COMPRA MEDICACIÓN, YA SE APLICO DOS DOSIS EL 15.04.2024 Y EL 15.05.2024 SUBCUTANEA SIN PRESENTAR NIGUNA REACCION.
EN CONSULTA PREVIA SE INDICO REALIZACION DE VEDA 1. PANGASTROPATIA ERITEMATOSA (MUCOSA MUY PALIDA) 2. BULBODUODENOPATIA ERITEMATOSA 3. HIATO HILL II
ESOFAGO, TERCIO PROXIMAL, -ESOFAGITIS AGUDA, ESOFAGO, TERCIO MEDIAL Y DISTAL -EPITELIO ESCAMOSO ESOFAGICO DENTRO DE LIMITES NORMALES, ESTOMAGO, CUERPO Y ANTRO, -GASTRITIS CRONICA NO ATROFICA LEVE SIN ACTIVIDAD NI BACILOS, DUODENO -MUCOSA DUODENAL NORMAL

TRATAMIENTO ACTUAL
- SUCRALFATO 1.5 ML 40 MINUTOS ANTES DL DESAYUNO, ALMUERZO, CENA Y ANTES DE DORMIR
- DOMPERIDONA 3.7 MG 15 MINUTOS ANTES DE DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA
- KID CAL 5 ML CADA 24 HORAS
- VITAMINA D 5 GOTAS AL DIA.
- FLUTICASONA 1 PUFF 125 MCG CADA NOCHE
- FLUTICASONA NASAL 1 PUFF CADA FOSA CADA NOCHE
- MONTELUKAST 4 MG CADA DIA

REVISION POR SISTEMAS

Profesional: KAROL ANDREA MARTINEZ PORTILLA
Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
Tarjeta Prof. # 37080846

Identificación: 1145934284
Nombre: MIKE ANTHONY
Apellido: HURTADO RIAÑO

Impreso el 01/10/2024 a las 09:43:21 Por el Usuario 1626 - KAROL ANDREA MARTINEZ PORTILLA
Indigo Vie EHR - Powered By Vie HealtTech - to FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA Nit: 899999123-7

RECIBIDO
02/10/2024
Profesional Departamento Farm Int.

Powered by CamScanner

ERUCTOS AUMENTADOS
NAUSEAS DIARIAS.
DISFAGIA HA MEJORADO
IMPACTACION ALIMENTARI NIEGA
TOS SECA DIARIA, CON EJERCICIO RISA Y LLANTO
TOS NOCTURNA DIARIA
NIEGALESIONES O EXANTEMAS EN PIEL
DEPOSICIONES: DIARIO TUBULAR BLANDO DOLOR NO PUJA, NO SANGRE NI MOCO EN DEPOSICIONES

A. ALIMENTARIA
AL DESPERTAR 5 ONZ DE NEOCATE
DESAYUNO: SOPA CALDO+ CARNE Y PAPA + PLATANO + AGUACATE
1/2 MAÑANA NEOCATE JR 5 OZ, FRUTA
ALMUERZO: ARROZ, HABICHUELA, POLLO, PAPA CRIOLLA + JUGO
1/2 TARDE NEOCATE JUNIOR 5 OZ
CENA LO MISMO DEL ALMUERZO
AL ACOSTAR 5 ONZAS DE NEOCATE

AGUA 3 VASOS AL DIA
LECHE 25 OZ NEOCATE JR

PARACLINICOS
18.09.2024
IGE ESPECIFICAS
LECHE DE VACA 0.24 CLASE 0
CASEINA 0.3 CLASE 0
ALAFA LACTOALBUMINA 0.18 CKASE 0
BETALACTOGLOBULINA 0.18 CLASE 0
YEMA DE HUEVO 0.24 CLASE 0
OVOALBUMINA 0.29 CLASE 0
OVOMUCOIDE 0.19 CLASE 0
TRIGO 0.38 CLASE 1 SOYA 0.41 CLASE 1
LEUCOCITOS 4820 PMN 1500 LINF 2700 EOS 90 HB 14.3 HCTO 41.8 PLT 197000
PH 7.28 HCO3 15.6 EB -10
UROANALSIIS NORMAL
IGE TOTOAL 270.5
VIT D 35.4

12.09.2024
VEDA
1. PANGASTROPATIA ERITEMATOSA (MUCOSA MUY PALIDA)
2. BULBODUODENOPATIA ERITEMATOSA
3. HIATO HILL II
HISTOPATOLOGIA
ESOFAGO, TERCIO PROXIMAL, -ESOFAGITIS AGUDA
ESOFAGO, TERCIO MEDIAL Y DISTAL -EPITELIO ESCAMOSO ESOFAGICO DENTRO DE LIMITES NORMALES
ESTOMAGO, CUERPO Y ANTRO, -GASTRITIS CRONICA NO ATROFICA LEVE SIN ACTIVIDAD NI BACILOS
DUODENO -MUCOSA DUODENAL NORMAL

19.03.24
SUDAN NEGATIVO
GIARDIA NEGATIVO

04.01.2024
VEDA
PANGASTROPATIA ERITEMATOSA
BULBODUODENOPATIA ERITEMATOSA
HIATO DE HILL II
HISTOLOGIA
ESOFAGO ESOFAGTIS CRONICA
ESOFAGO TERCIO MEDIAL ESOFAGITIS EOSINOFILICA MAS DE 20 EOS X CAP
ESTOMAGO CUERPO NORMAL
ESOTMAGO ANTRO GASTROPATIA REACTIVA
DUODENO NORMAL

Powered by CamScanner

14/11/23
YEMA DE HUEVO 0.19 CLASE 0
CLARA DE HUEVO 0.18 CLASE 0
OVOMUCOIDE 0.21 CLASE 0
OVOALBUMINA 0.25 CLASE 0
ALFA-LACTOALBUMINA 1.22 CLASE II
BETALACTO-GLOBULINA 4.06 CLASE III
CASEINA 15.08 CLASE III
MANI 0.28 CLASE 0
BLOMINA TROPICALIS 0.28 CLASE 0

03/02/2023 RX DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES

25.01.24 REFLUJO GASTROESOFAGICO PATOLOGICO # 73 EPISODIOS - 56 ACIDOS

26/12/22
EVDA
-ESOFAGITIS EOSINOFILICA EREFS 2 (EDEMA PATRON VASCULAR DISMINUIDO- ANILLOS NINGUNO - EXUDADOS NINGUNO - SURVOS LEVE - ESTENOSIS AUSENTE - PAPEL CREPE AUSENTE)
-PANGASTROPATIA ERITEMAROSA
-DUODENOPATIOA ERITEMATOSA

ESOFAGO PROXIMAL MEDIO Y DISTAL ESOFAGITIS CRONICA LEVE
CUERPO Y ANTRO GASTRICO GASTRITIS CRONICA LEVE E INACTIVA. H.PYLORI NO DETECTADO
DUODENO MUCOSA NORMAL

14-11-2022 HEMOGRAMA LEUCOCITOS 5.84 N17.2 L66% HB12.6 HCTO 35.4 PLAQUETAS 427 PCR 74 POSITIVA EN DISMINUCION SODIO 138 POTASIO 5.0 CLORO 104 CAKCUI 9.4

11-11-2022
-HEMOGRAMA LEUCOCITOS 17.65 N66% L21% HB 15.8 HCTO 37 PLAQ 360 -PCR 127 -PARCIAL DE ORINA PH 1015 LEJUCOCIOTS 0.2XC BACTERIAS ESCASA
-GRAM D E ORINA NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA ANALIZDA
-CREATININA 0.21 BUN 7.0
-TGP 17 TGO 48
-IONOGIAMA SODIO 137 POTASIO 47.3 CLORO 104 CALCIO 9.4 FOSFORO 4.3

12/09/2022
EVDA
1. PANGASTROPATIA ERITEMATOSA (MUCOSA MUY PALIDA)
2. BULBODUODENOPATIA ERITEMATOSA
3. HIATO HILL II
BIOPSIAS: ESOFAGITIS EOSINOFILICA 15-20 XC

EXAMEN FISICO:
PESO 12.4 TALLA 95.9
01.10.2024 T/E -2.09 P/T -1.63
18.07.2024 T/E -2,26 P/T -1.13
27.04.2024 T/E -2.11 P/T-1.39
21.03.2024 T/E -2.28 P/T -1.46
24.01.2024 T/E -2.12 P/T -2.52
14.12.2023 T/E -2.38 P/T -1.98

ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL
BOCA ERITEMA FARINGEO NO PLACAS BLANQUECINAS
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO MASAS NO MEGALIAS
ANO NORMOIMPLANTADO SIN LESIONES

ANALISIS
PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD, CONOCIDO EN SEGUIMIENTO POR ESOFAGITIS EOSINOFILICA CON FALLA PARA CRECER CON RESTRICCION DE PROTEINA DE LECHE DE VACA - HUEVO - SOYA - TRIGO Y MANI, CON SUPLEMENTACION CON NEOCATE 5 MEDIDAS EN 5 ONZAS, HABIA PRESENTADO DESCENSO DE EOSINOFILOS CON LO CUAL RETARON A TRIGO Y REAPARECEN LOS SINTOMAS DISTENSION ABDOMINAL

Powered by CamScanner

Ingreso: 4656081829 Fecha Historia: 1/10/2024 9:43:14 a. m. # Autorización:
Fecha ingreso: 1/10/2024 8:10:50 a. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatría
Identificación: 1145934284 Nombres: MIKE ANTHONY Apellidos: HURTADO RIAÑO
Número de folio: 57 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

Y PERDIDA DE PESO, CON ULTIMO CONTROL ENDOSCOPICO EL 09.01.2024 DONDE SE EVIDNECIA MAS DE 20 EOSINOFILOS POR CAMPO, POR LO QUE SE DEJÓ NUEVAMENTE CON RESTRICCION DE TRIGO, LECHE, HUEVO SOYA Y MANI
EN JUNTA MEDICA DEL 13.03.24 DE INMUNOLOGIA Y GASTROPEDIATRIA, POR DESNUTRICION, TALLA BAJA Y RETRASO DEL NEURODESARROLLO SECUNDARIO A MUTLIPLES ALERGIAS, POR LO QUE SE DECIDIÓ APLICACION DE DUPILUMAB.
REFIERE MADRE NO HA SIDO AUTORIZADO EPS, ELLA COMPRA MEDICACIÓN, YA SE APLICO DOS DOSIS EL 15.04.2024 Y EL 15.05.2024 SUBCUTANEA SIN PRESENTAR NIGUNA REACCION.
EN CONSULTA PREVIA SE INDICO REALIZACION DE VEDA 1. PANGASTROPATIA ERITEMATOSA (MUCOSA MUY PALIDA) 2. BULBODUODENOPATIA ERITEMATOSA 3. HIATO HILL II
ESOFAGO, TERCIO PROXIMAL, -ESOFAGITIS AGUDA, ESOFAGO, TERCIO MEDIAL Y DISTAL -EPITELIO ESCAMOSO ESOFAGICO DENTRO DE LIMITES NORMALES, ESTOMAGO, CUERPO Y ANTRO, -GASTRITIS CRONICA NO ATROFICA LEVE SIN ACTIVIDAD NI BACILOS, DUODENO -MUCOSA DUODENAL NORMAL
SE DECIDE EN CONJUNTO CON INMUNOLOGIA INICIAR RETO CON MANI, SOYA, HUEVO, LECHE Y TRIGO
SE SOLICITA ENDOSCOPIA EN 4 SEMANAS POSTERIOR AL INICIO DE MANI
SE SOLICITA VALORACION POR NEFROLOGIA POR ACIDOSIS METABOLICA PROBABLE ATR
SE ENTREGA FORMULA NEOCATE PARA 3 MESES

ANTECEDENTES

Médicos:	> Fecha: 04/09/2024 K297 - GASTRITIS, NO ESPECIFICADA
Oftalmológicos:	– No Refiere –
Quirúrgicos:	– No Refiere –
Transfusionales:	– No Refiere –
Inmunológicos:	– No Refiere –
Alérgicos:	– No Refiere –
Traumáticos:	– No Refiere –
Psicológicos:	– No Refiere –
Farmacológicos:	– No Refiere –
Familiares:	– No Refiere –
Tóxicos:	– No Refiere –
Hábitos de vida:	– No Refiere –
Escolares:	– No Refiere –
Laborales:	– No Refiere –
Nutricionales:	– No Refiere –
Odontológicos:	– No Refiere –
Socioeconómicos:	– No Refiere –
Otros:	– No Refiere –

REVISIÓN POR SISTEMAS

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

Presión arterial :	100/60 mmHg	**Frecuencia respiratoria :**	20 respiraciones/min	**Temperatura :**	36 °C
Presión arterial media :	73,33 mmHg	**Frecuencia cardíaca :**	85 latidos/min	**SpO2 :**	
Perímetro abdominal :	1 cm	**Índice de masa corporal :**	13,45 Kg/m²	**Dolor:**	0
Perímetro cefálico :	0 cm	**Perímetro torácico :**	0 cm	**Talla:**	95,9 cm
Perímetro braquial :	0,0 cm	**Superficie corporal :**	0,55 m²		
Peso actual:	12,40 KG				

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:	☑N	☐AN
Ojos:	☑N	☐AN
ORL:	☑N	☐AN

Profesional: KAROL ANDREA MARTINEZ PORTILLA
Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
Tarjeta Prof. # 37080846

Identificación: 1145934284
Nombre: MIKE ANTHONY
Apellido: HURTADO RIAÑO

Powered by CamScanner

Cuello:	☑N ☐AN
Tórax:	☑N ☐AN
Abdomen:	☑N ☐AN
Genitourinario:	☑N ☐AN
Extremidades:	☑N ☐AN
Neurológica:	☑N ☐AN
Piel:	☑N ☐AN

Observaciones:

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso para la Talla:	>=-2 a <-1 / Riesgo de desnustrición aguda.
Peso para la Edad:	<-2 / Desnutrición Global
Perimetro Cefálico:	<-2 / Factor de riesgo para el neurodesarrollo.
Talla para la Edad:	>=-2 a <-1 / Riesgo de talla baja.
Indice Masa Corporal:	<=+1 / No aplica (Verificar con P/T)

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
K20X	ESOFAGITIS		☑
D721	EOSINOFILIA		☐

ANÁLISIS

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si [X] No [ ]

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Medicamento	Administración	Duración	Cantidad
SUCRALFATO 1 G/5 ML SUSPENSION ORAL	Administrar 1,5 mL cada 8 Hora(s) de forma ORAL por 90 Dia(s)		3
Indicaciones: ADMINSITRAR 1.5 ML 40 MINUTOS ANTES DE DESAYUNO, ALMUERZO Y CNEA. FAVIOR DISPENSAR 3 FRASCOS			
Justificación Clinica PBS:			
DOMPERIDONA 1MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO X 60 ML	Administrar 3,7 mL cada 8 Hora(s) de forma ORAL por 30 Dia(s)		6
Justificación Clinica PBS:			
CALCIO CARBONATO 300MG + VITAMINA D3 100UI + ZINC 7.5 MG/5 ML SUSPENSION ORAL FRASCO X 180 ML	Administrar 5 mL cada 24 Hora(s) de forma ORAL por 90 Dia(s)		3
Justificación Clinica PBS:			
MONTELUKAST 5 MG TABLETA MASTICABLE	Administrar 5 mg cada 24 Hora(s) de forma ORAL por 90 Dia(s)		90
Justificación Clinica PBS:			
FLUTICASONA 50 MCG + AZELASTINA 137 MCG SUSPENSION NASAL FRASCO X 120 DOSIS	Administrar 1 APLICACION cada 24 Hora (s) de forma INTRANASAL por 90 Dia(s)		1
Justificación Clinica PBS:			

PATOLOGIAS EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad

Powered by CamScanner

Ingreso: 4656081829 **Fecha Historia:** 1/10/2024 9:43:14 a. m. **# Autorización:**
Fecha ingreso: 1/10/2024 8:10:50 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatría
Identificación: 1145934284 **Nombres:** MIKE ANTHONY **Apellidos:** HURTADO RIAÑO
Número de folio: 57 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

5

898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA.

PROCEDIMIENTOS QX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad
441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA.	1

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad
890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA.	1
890269	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA. **Observaciones:** ACIDOSIS TUBULAR RENAL	1
890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA. **Observaciones:** EN 2 MESES	1

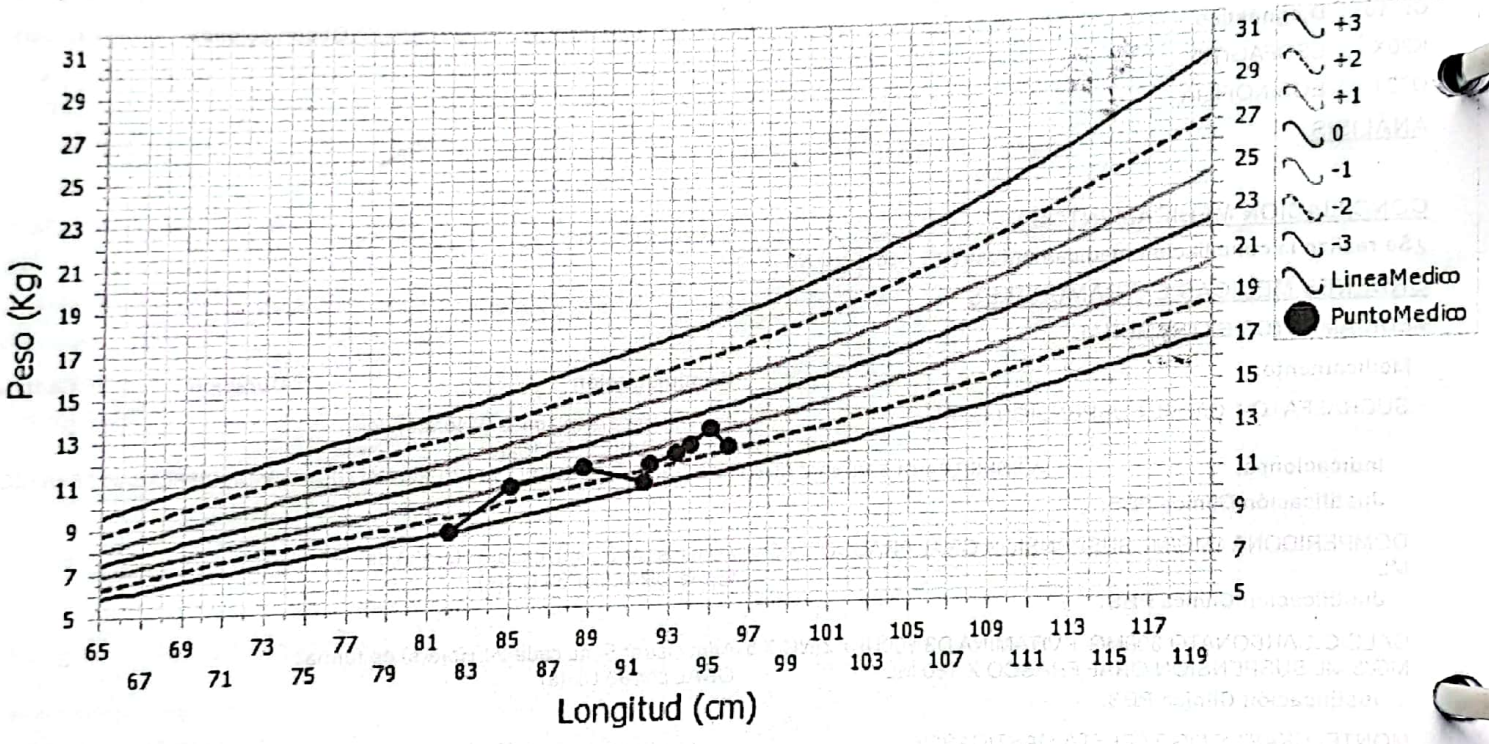
DESTINO

SALIDA

CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - OTROS

PESO PARA LA TALLA

Interpretación: >=-2 a <-1 / Riesgo de desnustrición aguda.



TALLA PARA LA EDAD

Interpretación: >=-2 a <-1 / Riesgo de talla baja.

Profesional: KAROL ANDREA MARTINEZ PORTILLA
Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
Tarjeta Prof. # 37080846

Identificación: 1145934284
Nombre: MIKE ANTHONY
Apellido: HURTADO RIAÑO

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE POPAYÁN	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo 2021016300 - 20/09/2021 Página: 1 de 2

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

NIVEL: Prejardin NUIP: 1002083518 NIÑA O NIÑO: Dylan Daniel Mosquera Tivamos.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Jessica Tivamos.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Daniel Ramos. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Leidy Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta:
					X						SI ____ NO X	SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
09/10/24	8:45am	Hogar de la familia.	Siendo las 8:45am se establece comunicación con la sra Jessica Madre de Dylan al numero 3115225274 para saber porque no asistió el niño, la sra refiere que el niño presenta un brote desde el dia sabado y lo incrementando, el dia de hoy lo llevara por urgencias se agradece a la sra por la información solicitando se comunique con la maestra para informar como les fue en el medico, se le informa que lo dialogado quedará consignado en una novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL DE ATENCION A PRIMERA INFANCIA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta: SI
		X			X						SI ____ NO X	____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
08/10/24.	7:40am	Hogar de la familia.	Siendo las 7:40am se establece comunicación con la sra Jessica Madre de Dylan al numero 3115225274 con el fin de saber como le fue al niño en el medico y como sigue, la sra refiere que le dieron 7 dias de incapacidad ya que el brote se debe a algo que le cayo mal, le enviaron medicamentos y lo tendra en casa suministrandole los medicamentos y cuidandolo, se desea una pronta recuperacion y se le recuerda que lo dialogado quedara consignado en una novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta: SI
	X				X						SI ____ NO X	____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
09/10/24	10:00am	Hogar de la familia.	Siendo las 10:00am se establece comunicacion con la sra Jessica Madre de Dylan al numero 3115225274 para saber como sigue el niño, la sra refiere que ya le está disminuyendo el brote, se alimenta bien y ha estado de animo bien, se agradece a la sra por la información deseando una pronta recuperacion al niño se le recuerda que lo dialogado quedará consignado en una novedad en este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL DE ATENCION A PRIMERA INFANCIA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza:	Se realizó activación de ruta: SI
	X				X						SI ____ NO X	____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
10/10/24.	12:00pm	Hogar de la familia.	Siendo las 12:00pm se establece comunicación con la sra Jessica, madre de Dylan al numero 3115225274 con el fin de saber como sigue el niño, la sra refiere que ya le ha disminuido mucho más el brote y está de muy buen semblante. se agradece a la sra por la informacion y se le recuerda que lo dialogado quedara consignado en una novedad en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL EN ATENCION A PRIMERA INFANCIA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-P33-300 Versión: 0 Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

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

NIVEL: Jardín 1. NUIP: 1025080648 NIÑA O NIÑO: Dylan Daniel Moros Tiuanas

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Jessica Tiuanas

ACUDIENTE PRINCIPAL: Daniel Moros. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: KELLY PAOLA DUQUE

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
11/10/24.	10:25am	Hogar de la familia.	Siendo las 10:25am se establece comunicación con la sra Jessica al numero 3115225274. con el fin de saber como sigue el niño, la sra refiere que le sigue secando el brote, y continua en casa con los remedios que le envio el medico y espera que el martes despues del festivo vuelva a incorporarse al jardin refiere que de animo ya se encuentra mucho mejor y se estan alimentando tambien mucho mejor, se le recuerda que lo dialogado quedará consignado en una novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, DÉBUSY Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
KELLY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA	NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
15/10/24	7:30am	II Salamandra	Siendo las 7:30am ingresa Dylan en compañia de su quien informa que el niño se encuentra descospando el brote, se observa el niño y efectivamente se encuentra descospando pero aun tenes granitos en la nariz y el rededor de la boca por lo que se sugiere a la sra volver a llevar al niño al médico para que le den mas dias de incapacidad mientras termina de sanar, la sra refiere que mejor lo tendrá en casa, le suministra el desayuno al niño se le pone asistencia y salen del jardin a las 8:00am se sugiere

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
NO APLICA	NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA.	a la sra en caso de que el brote se expanda nuevamente acudir al medico. e informara a la maestra diariamente como evoluciona el niño. en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
KELLY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA	APT 1162789

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
16/10/24.	10:30am	Hogar de la familia.	Siendo las 10:30am se establece comunicación con la Sra Jessica. al numero 3115225274. con el fin de saber como sigue el niño del Brote, la sra refiere que aún tiene el de la boca y la nariz. pero no le ha empeorado le esta aplicando el medicamento. y continuara en casa hasta que termine de mejorarse. se agradece a la sra por la. información dejando una pronta recuperación en este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
KELLY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL DE ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA	NO APLICA

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Maria 2021 0210 16:30:00 - 30/09/2021 Página: 1 de 2

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

NIVEL: Regular 1 NUIP: 1025080318 NIÑA O NIÑO: Dylan Daniel Rivas Tivamos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Jessica Tivamos

ACUDIENTE PRINCIPAL: Daniel Rivas PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Leidy Prada Duque.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de rutas SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
17/10/24	13:15pm	Hogar de la familia.	Siendo las 1315pm. Se establece comunicacion con la Sra Jessica. al numero 3115225274 con el fin de saber como Sigue el niño, la Sra refiere que aun tiene el del lado de la boca pero ya esta empezando a secar tambien y en general el niño esta bien, se agradece a la Sra por la informacion se le refiere que lo dialogado quedara consignado en una novedad. con lo que la Sra se encuentra de acuerdo. En este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Prada Duque U. Profesional en Atencion a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de rutas SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
18/10/24	8:30am	Hogar de la familia.	Siendo las 8:30am se establece comunicación con la Sra Jessica Madre de Dylan con el fin de saber como sigue el niño, la Sra refiere que continua secando la de la boca que va muy bien y posiblemente el dia lunes vuelva al Jardin, se agradece a la Sra por la informacion deseando un buen fin de semana en este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Prada Duque U. Profesional en Atencion a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de rutas SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
21/10/24	9:15am	Hogar de la familia.	Siendo las 9:15am se establece comunicacion con la Sra Jessica madre de Dylan con el fin de saber porque no asistio el niño el dia de hoy la comunicacion se da a desde el numero 3115225274 la Sra refiere que el dia sabado volvio a llevar al niño al medico porque nuevamente se le expandio el brote refiere que le dieron nuevamente 7 dias de incapacidad y lo tendra en casa suministrando medicamento para el brote, se agradece a la Sra por la informacion deseando pronta recuperacion.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Prada Duque U. Profesional en Atencion a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de rutas SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
22/10/24	10:11	Hogar de la familia	Siendo las 10:11am se establece comunicacion con la Sra Jessica Madre de Dylan al numero 3115225274 con el fin de saber como sigue el niño, la Sra refiere que con el antibiotico ya lo ve mucho mejor del brote la Sra aclara que el niño esta normal de animo y se alimenta bien tambien, se agradece a la Sra por la informacion deseando una pronta recuperacion se le recuerda que lo dialogado quedara consignado en una novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Prada Duque U. Profesional en Atencion a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-P53-300
Versión: 0
Fecha: Mamo [2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

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

NIVEL: PreJardin 1. NUIP: 1025580548. NIÑA O NIÑO: Dylan Daniel Moros Tivamos

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Jessica Tivamos.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Daniel Moros PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque.

TIPO DE NOVEDAD: 1 [X] 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FECHA	HORA	LUGAR	Se realizó activación de pólizo: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
23/10/24	12:20pm	Hogar de la familia.		

DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD

Siendo las 12:20pm se establece comunicación con la Sra Jessica al numero 3115225274 con el fin de saber como sigue el niño, la Sra refiere que continua estable en casa, se alimenta bien y esta bien de animo, espera que mañana se mande para reiniciar el jardin. se agradece a la Sra por la información recordandole que lo dialogado quedara consignado en una novedad en este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en Atencion a Primera Infancia

NOMBRE, DÉBUSY Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 [X] 6 7 8 9 10

FECHA	HORA	LUGAR	Se realizó activación de pólizo: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
24/10/24	10:00am	Hogar de la familia.		

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 10:00am se establece comunicación con la Sra Jessica al numero 3115225274 con el fin de saber como sigue el niño, la Sra refiere que ya esta bien terminara de pasar incapacidad en casa y el dia lunes volvera, se informa a la Sra que el dia de mañana, es Pedagogico, se le pide que se acerque por el Refuerzo alimentario con lo que la Sra se encuentra de acuerdo. se desea un feliz fin de semana.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en Atencion a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 [X] 6 7 8 9 10

FECHA	HORA	LUGAR	Se realizó activación de pólizo: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
28/10/24	7:40am	JI Salamandra.		

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 7:40am ingresa Dylan en compañia de su madre Jessica, el niño se observa en aparente buen estado. fisico y emocional se informa a la Sra que estara en observacion durante el dia, se le refieren las novedades de los dias anteriores con las que se encuentra de acuerdo. En este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en Atencion a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: PPT 1262789

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 [X] 6 7 8 9 10

FECHA	HORA	LUGAR	Se realizó activación de pólizo: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
28/10/24	16:00pm.	JI Salamandra		

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Siendo las 16:00pm. sale Dylan en compañia de su madre Jessica a quien se le informa que el niño pasó un dia sin eventualidades. se adaptó tranquilamente a las rutinas del Jardin, se le ve en buenas condiciones fisicas y animicas por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Leidy Paola Duque U. Profesional en Atencion a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: PPT 1262789

Powered by CamScanner

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

Fecha de Registro:
Fecha Actual : lunes, 07 octubre 2024

USS:

NIT: 900958564

CONSTANCIA
Nº293222

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/octubre/2024 10:06 a. m.

Médico: 1033798506 JUAN SEBASTIAN ZAPATA RODRIGUEZ

Informacion Paciente: DYLAN DANIEL MOROS TIVAMOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Masculino

Tipo Documento: RegistroCivil **Numero:** 1025080549 **Edad:** 4 Años / 2 Meses / 23 Días **F. Nacimiento:** 15/07/2020

E.P.S: EPS010 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA

Entidad:

DETALLE DE LA CONSTANCIA

SE DA INCAPACIDAD POR 7 DIAS

Profesional: 1033798506 - ZAPATA RODRIGUEZ JUAN SEBASTIAN

Registro Profesional: 1033798506

Especialidad: MEDICINA GENERAL - PROGRAMAS

Juan Sebastian Zapata Rodriguez
1033798506
Medicina General
JUAN

FIRMA Y SELLO

RECIBIDO
08/10/24.
PAOLA ORTIZ

Powered by CamScanner

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

Fecha de Registro: Bogotá D.C , 19/10/2024 00:00
Fecha Actual : sábado, 19 octubre 2024

NIT: 900958564
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

USS: ME - HOSPITAL MEISSEN
KR 18 B No. 60 G - 36 SUR

INCAPACIDAD MÉDICA
Nº278567

INFORMACIÓN GENERAL

Tipo: EnfermedadGeneral
Causa Externa: Enfermedad_General
Motivo: Expedicion_Directa
Tipo Inc.: Ninguna
Grado: Ninguno
Procedimiento: Ambulatorio
Fecha Documento: 19/octubre/2024 02:10 p. m.
Lugar de Expedición:
Médico: 22738448 ALEJANDRA MOLINA CABAS
Información Paciente: DYLAN DANIEL MOROS TIVAMOS
Tipo Paciente: Contributivo
Sexo: Masculino
Tipo Documento: RegistroCivil
Número: 1025080549
Edad: 4 Años / 3 Meses / 5 Días
F. Nacimiento: 15/07/2020
Entidad: EPS010 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA
Código del Prestador de Servicios de Salud: 110013029402 HOSPITAL MEISSEN

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Clase: Inicial
Días de Incapacidad: 7
Fecha de Incio: 19/octubre/2024
Fecha de Terminación: 25/octubre/2024
Diagnóstico: H660 OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA
Diagnostico Relacionado:
Grupo de Servicios: ConsultaExterna
Modalidad Prestación: Intramural
Presunto Origen: Comun
Incapacidad Retroactiva: Ninguna
Causa que motiva la atención:

DESCRIPCIÓN DE LA INCAPACIDAD

INCAPACIDAD MEDICA POR 7 DIAS

Profesional: Cédula de ciudadanía - 22738448 - ALEJANDRA MOLINA CABAS
Registro Profesional: 22738448
Especialidad: MEDICINA GENERAL

amc
FIRMA ALEJANDRA MOLINA CABAS
(PRINTICA
R.M. 22738448

FIRMA Y SELLO

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

RECIBIDO
28/10/24
PAOLA DUQUE
PROFESIONAL DE ATENCION
A PRIMERA INFANCIA

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSO-309 Versión: 0 Fecha: Mes: 20210101300 - 2/09/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 4. UNIDAD OPERATIVA: Colmandra. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Rojales.

NIVEL: Pajarín 1. NUIP: 1031867715 NIÑA O NIÑO: Luisa Fernanda Rendón Vargas.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yudi Rendón Vargas.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yudi Rendón PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque.

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
03/10/24	10:00am	JI Colmandra Hogar de la familia.	Siendo las 10:00am. se establece comunicación con la Sra Yudi madre de luisa quien informa que la niña no asistirá el día de hoy porque tiene cita odontológica, se le recuerda presentar soporte. la comunicación se dio a través del numero de la Sra 3228371609, se informa que lo dialogado quedará consignado en una novedad, con lo que la Sra se encuentra de acuerdo. en este punto finaliza la novedad											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
YENY PAOLA DUQUE V. PROFESIONAL EN ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA	NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
09/10/24	7:30am	JI Colmandra	Siendo las 7:30am ingresa luisa en aparente buen estado físico y emocional en compañía de su madre Yudi quien entrega certificado de crecimiento y desarrollo y odontológico, refiere que la niña estuvo bien de animo y salud, la niña estará en observación durante el día se le refiere la novedad de llamada del día 03 con la cual la Sra se encuentra de acuerdo en este punto finaliza la novedad											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
YENY PAOLA DUQUE V. PROFESIONAL EN ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA	Yudi Vargas

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
09/10/24	16:10pm	JI Colmandra	Siendo las 16:10pm sale luisa en buen estado físico y anímico en compañía de su madre Yudi a quien se le informa que la niña no tuvo eventualidades durante el día. por lo tanto se realiza cierre de novedad.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
YENY PAOLA DUQUE PROFESIONAL DE ATENCION A PRIMERA INFANCIA	Yudi Vargas

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ___ NO ___	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Powered by CamScanner

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

Fecha de Registro: 1/10/2024 7:44:41 a. m.
Fecha Actual : martes, 01 octubre 2024

NIT: 900958564 **USS:** VB - HOSPITAL VISTA HERMOSA
CARRERA 18C # 66A -55 SUR

INDICACIÓN MEDICA

HISTORIA CLINICA DE INFANCIA Y PRIMERA INFANCIA

Nº Historia Clinica: 1031186745 **Nº Folio:** 5 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUISA FERNANDA PEÑALOSA VARGAS
Identificacion: 1031186745 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 23/agosto/2020 **Edad Actual:** 4 Años / 1 Meses / 9 Dias
Estado Civil: Soltero
Dirección: Transversal 26 C Bis # 75 - 65 Sur
Teléfono: 3213520102
Procedencia: BOGOTA
Ocupación: Menor

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: FE CAPITAL SALUD 2022 ALTERACIONES DEL MENOR EN 1 INFANCIA
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Teléfono Resp:
Dirección Resp:
Nº Ingreso: 15241684 **Fecha:** 01-10-2024 07:31
Finalidad Consulta: Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo **Causa Externa:** Otra

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa
Detalle: CERTIFICADO DE PRIMERA INFANCIA / CRECIMIENTO Y DESARROLLO

PACIENTE DE 4 AÑOS Y 1 MES DE EDAD, QUIEN ASISTIÓ A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO APTO PARA EL ESTUDIO Y VIVIR EN COMUNIDAD, PESO 13.450 KG , TALLA 96.5 CM IDX SANO.

SE REALIZA EDUCACION SOBRE ALIMENTACION ADECUADA PARA LA EDAD HÁBITOS NUTRICIONALES: LÁCTEOS COMO LECHE, QUESO, YOGURT, PROTEÍNA: CARNE, POLLO, PESCADO, HUEVO, GRANO, FRUTA, VERDURAS, ADECUADA FRECUENCIA Y CANTIDAD, IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, DERECHOS, DEBERES, RESPONSABILIDAD DE LOS NIÑOS Y ADULTOS, SOBRE EL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN EL HOGAR, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR YA SEA POR INTOXICACIÓN, AHOGAMIENTO, QUEMADURAS, TRAUMAS O HERIDAS.
ENTREGA DE GUIAS GABAS / PLATO SALUDABLE

IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN, ENFERMEDADES QUE PREVIENE Y FECHAS DE LAS PROXIMAS APLICACIONES, HABITOS SALUDABLES, PAUTAS DE CRIANZA, ESTIMULACION TEMPRANA, SE EDUCA SOBRE SIGNOS DE ALARMA, ALETEO NASAL, TIRAJE INTERNOSTAL, CIANOSIS, FIEBRE MAYOR DE 38C, Y DE PELIGRO DE MUERTE, VOMITA TODO LO COME, LETARGICO O SOMNOLIENTO, DIARREA CON SANGRE, POR LOS CUALES DEBE ASISTIR A URGENCIAS, IMPORTANCIA DE LA SUPLEMENTACION Y FORMA ADECUADA DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS, PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR, CRIANZA CON AMOR, PREVENCION DEL MALTRATO FISICO Y VERBAL EN EL HOGAR.
SE LE ENFATIZA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA PREVENCION DE ENFERMEDAD BUCAL

Profesional 1090537299 - APONTE JIMENEZ YOSELIN ADRIANA
Registro Profesional 1090537299
Especialidad ENFERMERIA

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

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

USS:

NIT: 900958584

Fecha de Registro:
Fecha Actual : jueves, 03 octubre 2024

CONSTANCIA
Nº292925

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 03/octubre/2024 02:33 p. m.
Médico: 19269183 GUILLERMO ANTONIO PARDO RODRIGUEZ
Informacion Paciente: LUISA FERNANDA PEÑALOSA VARGAS **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: RegistroCivil **Numero:** 1031186745 **Edad:** 4 Años / 1 Meses / 11 Días **F. Nacimiento:** 23/08/2020
E.P.S: EPSC34 CAPITAL SALUD EPSS S A S
Entidad:

DETALLE DE LA CONSTANCIA

CERTIFICO QUE LA PACIENTE ASISTIO A CONSULTA ODONTOLOGICA Y SE REALIZO TRATAMIENTO DEPROMOCION Y PREVENCION. SE CITA EN 6 MESES PARA CONTROL

Profesional: 19269183 - PARDO RODRIGUEZ GUILLERMO ANTONIO
Registro Profesional: 19269183
Especialidad: ODONTOLOGIA RESOLUTIVO

Guillermo Pardo Rodriguez
Odontólogo
Universidad Javeriana
19.269.183
FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Mono 20210618300 - 20/09/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yani Morales.
NIVEL: Rexpadin 1. NUIP: 1245038311. NIÑA O NIÑO: Shaira Michell Cabrera Ariza.
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yhenny Ariza
ACUDIENTE PRINCIPAL: Yhenny Ariza PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
03/10/24	10:11am	Hogar de la familia.	Siendo las 10:11am se establece comunicación con la Sra Yhenny madre de Shaira, al numero 3028451108. con el fin de saber porqué no vino la niña, la Sra refiere que no tuvo quien se la llevara a la ruta ya que ella se encuentra en dieta, pues acaba de tener bebé y no puede salir de casa, refiere que el dia de mañana la persona que le colaborara pueda llegar, se agradece a la Sra por la información y se le informa que lo dialogado quedará consignado en una novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Yeidy Paola Duque U. Profesional de Atención a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
07/10/24	7:30am	Ruta escolar Parada Quebrada.	Siendo las 7:30am ingresa Shaira a la ruta en compañía de su madre quien informa que la niña tuvo un buen fin de semana sin eventualidades, la niña se observa en aparente buen estado físico y emocional pero estará en observación durante el dia, se le refiere a la Sra la novedad de llamada del dia 03 con la que se encuentra de acuerdo, en este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Yeidy Paola Duque U. Profesional de Atención a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Yhenny Ariza.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
09/10/24.	10:55am	Ruta escolar Parada Quebrada	Siendo las 10:55am sale Shaira en compañía de su madre Yhenny a quien se le informa que la niña pasó el dia sin eventualidades por lo tanto se realiza cierre de novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Yeidy Paola Duque Profesional de Atención a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Yhenny Ariza.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO ___	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO ___

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo 20210163000 - 20/08/2021 Página: 1 de 2

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

NIVEL: Prejardin 1 NUIP: 2011036106 NIÑA O NIÑO: Denzel Estefes Fernandez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Daulidelis Fernandez Zequera

ACUDIENTE PRINCIPAL: VICTOR ARIAS PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
07/10/24	9:30am	Hogar de la familia	Siendo las 9:30am se establece comunicación con la Sra Daulidelis para saber porque no asistió el niño al jardín, la Sra refiere que el día de ayer el niño estando en el parque se cayó y se lastimó una manito así que lo tendrá en casa poniendole pomada, se recomienda a la Sra acercarse al medico si el niño presenta dolor inflamación o no puede mover los deditos o la muñeca, la Sra refiere que el niño no manifiesta dolor, se le informa que lo dialogado quedará consignado en una novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yeidy Paola Duque Profesional en atención a primera infancia	NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
08/10/24	8:17am	Hogar de la familia.	Siendo las 8:17am. se establece comunicacion con la Sra Daulidelis al numero 3214677320 con el fin de saber como sigue el niño, la Sra refiere que está mucho mejor, fue al hospital de visto hermoso pero no pasó del triage así que sigue en casa con pomadas, no asistió el día de hoy porque amaneció haciendo mucho frio pero probablemente el día de mañana vuelva al jardín normalmente, se agradece a la Sra por la información, se le refiere que el niño lo dialogado se consignará en una novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yeidy Paola Duque Profesional en atención a primera infancia	NO APLICA.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
09/10/24	9:26am	Hogar de la familia.	Siendo las 9:26am se establece comunicación con la Sra Daulidelis al numero 3214677320 con el fin de saber porque no asistió el niño el día de hoy, la Sra refiere que amaneció haciendo mucho frio nuevamente y el niño con este clima tiende a enfermarse facilmente pero que se encuentra bien en todos los aspectos, se agradece a la Sra por la información recalcando que lo dialogado quedará consignado en una novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yeidy Paola Duque Profesional de atención a primera infancia	NO APLICA

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
10/10/24	7:40am	Ruta escolar parado porque llmani.	siendo las 7:40am ingresa la Sra Daulidelis con su niño Denzel quien se observa en optimas buen estado físico y emocional la Sra refiere que el niño no presentó molestias de ningun tipo, se informa a la Sra que el niño estará en observación y se le leeran las novedades de llamada con las que se encuentra de acuerdo. En este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yeidy Paola Duque V. Profesional de atención a primera infancia	(1999887)

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-P853-300
Versión: 0
Fecha: Memo 20210155300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

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

NIVEL: Prejardín NUIP: 2011036506 NIÑA O NIÑO: Denzel Cespedes Fernandez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Daurielis Fernandez Desquerra

ACUDIENTE PRINCIPAL: Victor Arias PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
01/01/24	16:00	Ruta escolar Ciudad Parque Illimani	Siendo las 16:00pm Sale Denzel en buenas condiciones físicas y emocionales en compañía de su madre Daurielis a quien se le informa que el niño pasó un día sin eventualidades por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD
Paola Duque U.
Profesional Atención a Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
(1099388-7)

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Powered by CamScanner