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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD Fontibon UNIDAD OPERATIVA: JIC Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maria del Pilar Suarez

NIVEL: Sala materna NUIP: 1016725278 NIÑA O NIÑO: Jose David Gomez Mendez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yuly Bibiana Mendez - Daymes Gomez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yuly Bibiana Mendez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Luisa Ramirez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
11 03 2025	813	JIC Emanuel	El día de hoy me comunico con la madre del niño al número 3117481020 desde el número 3202027975 perteneciente a la Profesional, preguntando por la inasistencia del niño quien comenta "Profe ayer al salir del Jardín el niño tuvo fiebre y a tenido fiebre intermitente, por eso este día en horas de la tarde tiene cita médica" Se le recuerda a la madre cualquier suceso estaremos atentos en el Jardín "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	No Aplica.

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
12 03 2025	7:30	JIC Emanuel	El día de hoy el niño llega a la unidad operativa en compañía de sus padres; los cuales comentan "Profe ayer en la cita nos informaron que los síntomas que presenta Jose es por que estan surgiendo los dientes, le medicaron acetaminofen cada 6 horas; sin embargo debido a nuestros horarios laborales, se nos dificulta acercarnos al Jardín pasa el medicamento razón por lo cual Solicitamos apoyo de este en la unidad operativa" es por esto que se recibe medicamento el cual se relaciona en el documento For-PSS-146; la novedad anterior fue leida, aceptada y comprendida.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia.	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
12 03 2025	15:00	JIC Emanuel	Siendo las 15:00 del día Se realiza respectivo suministro del medicamento al niño Jose David Gomez, con la cantidad solicitada en orden médica, sin presentar reacción alguna, despues de su consumo "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia.	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
12 03 2025	16:30	JIC Emanuel	Siendo las 16:30 Se comenta a los padres, el niño estuvo en buen estado de salud, no presentó fiebre ni síntomas de molestia alguno; de igual forma se les informa se realizó suministro del medicamento sin presentar algun efecto adverso, se realiza entrega del medicamento debidamente Sellado. "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia.	1073502910

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD ENTRON UNIDAD OPERATIVA JIC Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Daisa del Pilar Suarez
NIVEL Sala matina NUIP 1016473778 NIÑA O NIÑO José David Gomez Mendez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Yuly Bibiana Mendez - Daymer Gomez
ACUDIENTE PRINCIPAL Yuly Bibiana Mendez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Luisa Ramirez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
13 03 2025	7:40	JIC Emanuel	El dia de hoy el niño llega en compañia de los padres con el medicamento para el Suministro, los padres comentan "Profe le di el medicamento a las 5 de la mañana, para Suministrarlo a los 11 de la mañana nuevamente" Se realiza respectiva reabu del medicamento el cual se relaciuna en el formato FOR-PSS-146 debidamente; Se les recuerda a los padres Se les estará informando Cualquier novedad o acontesimiento. "En este punto termina la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Luisa Ramirez, Profesional Atención Primera Infancia.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
13 03 2025	11:00	JIC Emanuel	Siendo las 11:00 horas del dia 13/03/2025 Se Suministra respectivo medicamento al niño José David, segun la cantidad Solicitada en orden médica la cual consta de 3.5 ml de acetaminofen, en este tiempo no presenta ninguna reaccion adversa. "En este punto termina la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Luisa Ramirez, Profesional Atención Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
13 03 2025	16:35	JIC Emanuel	Al momento de Salida Se comenta a los padres, el niño estuvo bien de Salud, participando en las diversas experiencias propuestas, sin presentar Sintomas de dolor o molestia alguna, asi mismo se les informa Se realizó Suministro del medicamento sin presentar reacción adversa; por último Se realiza entrega del medicamento debidamente Sellado "En este punto termina la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Luisa Ramirez, Profesional Atención Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
14 03 2025	7:47	JIC Emanuel	Este día el niño llega en compañia del padre con el debido medicamento para el Suministro; el padre comenta "Profe el niño Se ha encontrado bien, no ha presentado malestar; le di el medicamento hoy a la 5:00 de la mañana, razón por la cual Se debe Suministrar nuevamente a las 11:00 del dia" Se realiza respectivo medicamento el cual se relaciona en el formato FOR-PSS-146 debidamente; Se les recuerda a los padres Cualquier Suceso, Se les estará informando "En este punto termina la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Luisa Ramirez, Profesional Atención Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 86086738

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD Fontibon UNIDAD OPERATIVA JIC Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA María del Pilar Suarez
NIVEL Sala Mayores NUIP 1016175778 NIÑA O NIÑO José David Gomez Mendez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Yuly Bibiana Mendez - Daymer Gomez
ACUDIENTE PRINCIPAL Yuly Bibiana Mendez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Luisa Ramirez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
14 03 2025	11:00	JIC Emanuel	Siendo las 11:00 horas del día 14/03/2025 se suministra respectivo medicamento al niño Jose David según la cantidad solicitada en orden médica la cual cuenta de 3.5ml de acetaminofen en este tiempo no presenta ninguna reacción adversa "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
14 03 2025	16:40	JIC Emanuel	Al momento de Salida Se comenta a los padres el niño estuvo en buen estado de Salud, participando en las diversas experiencias propuestas, sin presentar síntomas de dolor o malestar alguno; asimismo se les informa se realizó suministro del medicamento sin presentar reacción adversa; Por último se realiza entrega del medicamento debidamente sellado "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
17/ 03 2025	09:02	JIC Emanuel	El día de hoy me comunico con la madre del niño al número 3117487020 desde el número 3202027915 perteneciente a la profesional, preguntando por el estado del niño quien comenta "Psofe el día de hoy el niño presenta congestión, razón por la cual lo voy a cuidar hoy en casa" Se le sugiere cualquier situación estaremos pendientes en el jardín se recomienda de lo posible llevarlo al médico. "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	No Aplica.

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
18 03 2025	7:40	JIC Emanuel	El día de hoy el niño llega al Jardín en compañía del padre quien comenta "Psofe ya le realizaron ayer el tratamiento y le enviaron nuevamente acetaminofen por 3 días, mientras le pasa la gripa" de igual forma se socializa la novedad anterior la cual fue leída, comprendida y aceptada; se recibe el medicamento "Acetaminofen" para el respectivo suministro; se recuerda cualquier situación se le estará avisando. "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	[illegible] 1026738

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD: Santiben UNIDAD OPERATIVA: JIC Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maria del Pilar Suarez D
NIVEL: Sala matana NUIP: 1078175278 NIÑA O NIÑO: Jose David Gomez Mendez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yuly Bibiana Mendez - Daymer Gomez
ACUDIENTE PRINCIPAL: Yuly Bibiana mendez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Luisa Ramirez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
18 03 2025	14:00	JIC Emanuel	El dia de hoy Siendo las 14:00 horas del dia 18/03/2025 Se realiza respectivo Suministro del medicamento "acetaminofen" al niño Jose David Segun la cantidad Solicitada en orden médica la cual consta de 4 mljen este tiempo no hubo ninguna reaccion adversa "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
18 03 2025	16:10	JIC Emanuel	Al momento de la Salida Se comenta a la madre el niño estuvo en buen estado de Salud, participo de cada una de las experiencias propuestas, Sin presentar Sintomas de dolor o malestar asi mismo Se les informa se realiza respectivo suministro del medicamento sin presentar reaccion adversa, por ultimo Se realiza entrega del medicamento debidamente sellado "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
19 03 2025	7:50	JIC Emanuel	El dia de hoy el niño llega en compañia del padre quien comenta "Profe traigo todos los medicamentos correspondientes, los cuales Se los di todos a las 7:00 de la mañana, mostrando mejora y recuperación de los dos" Se recibe el Acetaminofen, Clorfenisamina y Salbutamol, con las respectivas ordenes medicas para su adecuado suministro, este se relaciona en el formato FOR-PSS-146 debidamente, Se les recuerda cualquier suceso se les estara informando "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	86666738

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
19 03 2025	13:00	JIC Emanuel	Siendo las 13:00 horas del dia 19/03/2025 Se realiza respectivo suministro del medicamento acetaminofen y Salbutamol respectivamente al niño Jose David segun la cantidad Solicitada en orden medica para cada medicamento, en este periodo de tiempo no hubo reacción adversa a ninguno de los medicamentos "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	1073502910

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PS3-309
Versión: 0
Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Fontibon UNIDAD OPERATIVA: JIC Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: María del Pilar Suarez P

NIVEL: Sala materna NUIP: 7076725218 NIÑA O NIÑO: Jose David Gomez Mendez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yuly Bibiana Mendez - Daymer Gomez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yuly Bibiana Mendez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Luisa Ramirez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
19 03 2025	15:00	JIC Emanuel	Siendo las 15:00 horas del día 19/03/2025 se realiza respectivo suministro del medicamento Cloretenicamina al niño Jose David segun la cantidad solicitada en orden médica; en este tiempo no hubo ninguna reaccion adversa "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
19 03 2025	16:30	JIC Emanuel	Al momento de Salida se comenta a la madre el niño estuvo en buen estado de salud participo de cada una de las experiencias propuestas sin presentar sintomas de dolor o molestia alguna; así mismo se informa se realizó respectivo suministro de cada uno de los medicamentos solicitados sin presentar reacción adversa a alguno de estos; por último se realiza entrega del medicamento debidamente sellado "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
20 03 2025	7:30	JIC Emanuel	El día de hoy el niño llega en compañía del padre quien comenta "profe traigo los medicamentos hoy es el último día de acetaminofen, se los suministre a las 7:00 de la mañana y ya se evidencia el niño mejor de la tos" Se recibe los medicamentos debidamente sellados y relacionados en el formato FOR-PSS-146 debidamente Se le reverda cualquier anomalia, se les estara informando. "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia.	1073502910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
20 03 2025	13:00	JIC Emanuel	Siendo las 13:00 horas del día 20/03/2025 se realiza respectivo suministro del medicamento Acetaminofen y Salbutamol respectivamente al niño Jose David segun la cantidad solicitada en orden médica; en este periodo de tiempo no se presentó ninguna reacción adversa a ninguno de los medicamentos "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia.	1073502910

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

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

LOCALIDAD: Fontibon UNIDAD OPERATIVA: JIC Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Maria del Pilar Suarez
NIVEL: Salamanca NUIP: 1016175278 NIÑA O NIÑO: Jose David Gomez mendez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yuly Bibiana mendez - Daymer Gomez
ACUDIENTE PRINCIPAL: Yuly Bibiana mendez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Luisa Ramirez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
20 03 2025	15:00	JIC Emanuel	Siendo las 15:00 horas del día 20/03/2025 se realiza respectivo suministro del medicamento clorfeniramina al niño Jose David según la cantidad solicitada en orden médica, en este periodo de tiempo no hubo reacción adversa. "En este punto termina la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1073582910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
20 03 2025	16:30	JIC Emanuel	Siendo las 16:30 el momento de Salida se comenta a la madre el niño estuvo bien de Salud, participó de cada una de las experiencias propuestas, sin presentar síntomas de malestar o molestia; así mismo se informa se realizo debido Suministro de cada uno de los medicamentos Solicitados sin presentar reacción adversa; por último se realizó entrega del medicamento debidamente Sellado "En este punto termina la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1095021910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
25 03 2025	7:00	JIC Emanuel	El día de hoy el niño llega en compañía de sus padres quieres comentar: "Profe el niño ya se encuentra mejor y segun la formula ya no debe seguir consumiendo medicamentos" Se recibe al niño quien se evidencia en buen estado de salud; se reitera a los padres cualquier suceso se les estará avisando "En este punto termina la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1073582910

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
25 03 2025	16:35	JIC Emanuel	Siendo las 16:35 Se les informa a los padres de familia el niño estuvo en buen estado de Salud Participando de cada una de las experiencias propuestas Sin presentar tos, síntomas de gripa o molestia alguna, Incluso consumiendo debidamente sus alimentos es por este motivo que se realiza egreso de la novedad "En este punto termina la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1073582910

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309 | Versión: 0 | Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021 | Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Fontibon UNIDAD OPERATIVA: JIC Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Daisa del Pilar Suarez

NIVEL: Sala mater NUIP: 1016175278 NIÑA O NIÑO: Jose David Gomez Mendez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yuly Bibiana Mendez - Daymer Gomez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yuly Mendez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Luisa Ramirez

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
28 03 2025	13:48	JIC Emanuel	El día de hoy siendo las 13:48 de la tarde se informa a la Señora Yuly Bibiana via telefónica al número 3142481070 desde el número 3202027975 perteneciente a la profesional "El niño ha estado muy decaido de ánimo y somnolienta participo de la experiencia y consumio sus alimentos mas sin embargo presenta malestar y no ha logrado descansar en el situal de sueño reparador, Para lo cual ella informa Ye se acerca al Jardín

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	NO Aplica

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
28 03 2025	14:48	JIC Emanuel	Siendo las 14:48 del día se acerca al Jardín el Señor Daymer Gomez Padre del niño informando "Profe que pena la demora, estaba lejos" Se le socializa la novedad anterior la cual es leida, comprendida y aceptada, recordando en el momento no le hayado fiebre; se le entrega respectivo paquete alimentario el cual consta de manzana y galleta de leche; recordando informar cualquier novedad. "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia.	Daymer Gómez 86086738

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
31 03 2025	7:40	JIC Emanuel	El día de hoy el niño llega en compañía de los padres en buen estado de salud; la madre comenta "Profe el niño estuvo en buen estado de salud el fin de semana no presentó signos de gripa; ni malestar; el sabado tuvo cita de odontología razón por la cual te traigo el respectivo certificado" Se recibe el certificado correspondiente y se recuerda cualquier situación se les estará informando "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia.	Daymer Gómez 86086738

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
31 03 2025	16:30	JIC Emanuel	Al momento de salida se comenta a la madre el niño estuvo en buen estado de salud; participó de las experiencias propuestas y no presento sintomas de molestia alguno; razón por la cual se cierra esta novedad "En este punto termina 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
Luisa Ramirez Profesional Atención Primera Infancia	Daymer Gómez 86086738

Powered by CamScanner

Bogotá, marzo 12 de 2025

Señores
Jardin Infantil Emmanuel

Respetados directivos

Por medio de la presente solicito le sea administrado el medicamento formulado (Acetaminofén Jarabe 3.5 CM cada seis horas) a mi hijo José David Gómez Méndez en el jardín ya que por motivos laborales ni papa ni mama podemos ir darle las tomas respectivas para darle continuidad al tratamiento

Cordialmente

Yuly Bibiana Méndez Vargas
CC 1073502910
3112481020

Powered by CamScanner

32

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Orden Nro. 55062574

Sede: FLORESTA
Dirección: AV CR 68 80 88

Paciente	**ID**	**Edad**	**Tipo Usuario**	**Semanas**	**Rango**
JOSE DAVID GOMEZ MENDEZ	RC 1018125218	6 Meses	BENEFICIARIO	4	1
Contrato		**Plan**	**Sede Afiliado**		
FAMISANAR POS-CAP BOGOTA < 18		CONTRIBUTIVO	CALLE 48		
Dirección		**Teléfono**			
CR 116A 15 C 70 FONTIBON		3112481020 / 3112481020			
Solicitado Por		**Diagnostico**			
JIMENA ALEJANDRA BELLO GUTIERREZ		R509			
Expedida a		**Dirección**		**Telefono**	
FARMACIA CAFAM		0		0	

Codigo	Medicamentos	Dosificacion	# Dosis	Cant. Pres.	Indicaciones	Tip
24203 (017)	ACETAMINOFEN // 150 mg/5 mL (JARABE)	3.5 Militro cada 6 Horas	12	1	DAR 3.5 CC VO CADA 6 HRS SI FIEBRE O MALESTAR	PACTAD
25101 (017)	ASCORBICO ACIDO // 100 mg/mL (SOLUCION ORAL)	1 Frasco (Dosis Unica)	1	1	DAR 8 GOTAS VO AL DIA POR 2 SEMANAS	PACTAD
				TOTAL	PACTADA	

Cobrar COPAGO o CUOTA MODERADORA POR VALOR DE : $ 4700

Firmado Electronicamente Por
JIMENA ALEJANDRA BELLO GUTIERREZ
Registro Medico: 1018410798

NOTAS:

Firma del Usuario

5506257452

Fecha Ordenamiento: 2025-03-11 17:52:21
Validez de la Orden: 30 Dias **Desde: 2025-03-11 - Hasta: 2025-04-10**
Estos servicios se deben facturar a: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA < 18

ORDEN 5506257452 - MEDICAMENTOS - 2025-03-11 17:52:21 - PAGINA 1 DE 1

recibido 12/03/2025

Powered by CamScanner

Bogotá, marzo 18 de 2025

Estimados señores

Jardín infantil Emanuel

Por medio de la presente yo Yuly Bibiana Méndez Vargas con CC 1073502910 solicito el suministro de los medicamentos (Acetaminofén, clorfenamina, salbutamol inhalador con inhalocámara) según la dosificación envida por formula médica, a mi hijo José David Gómez Méndez RC 1016125218.

Agradezco la atención prestada y la ayuda brindada

Yuly Bibiana Méndez Vargas

CC1073502910

Celular 3112481020

Powered by CamScanner

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

CAFAM

Sede: FLORESTA
Dirección: AV CR 68 90 69

Orden Nro. 5506294183

Paciente	ID	Edad	Tipo Usuario	Semanas	Rango
JOSE DAVID GOMEZ MENDEZ	RC 1016125218	7 Meses	BENEFICIARIO	4	1
Contrato		**Plan**	**Sede Afiliado**		
FAMISANAR POS-CAP BOGOTA < 18		CONTRIBUTIVO	CALLE 48		
Dirección		**Teléfono**			
CR 116A 15 C 70 FONTIBON		3112481020 / 3112481020			
Solicitado Por		**Diagnostico**			
FIDELINA MARIA VILLA PERTUZ		J22X			
Expedida a		**Dirección**		**Telefono**	
FARMACIA CAFAM		0		0	

Codigo	Medicamentos	Dosificacion	# Dosis	Cant. Pres.	Indicaciones	Tarifa
20206 (017)	CLORFENIRAMINA # 2 mg/5 mL (JARABE)	1 Frasco (Dosis Unica)	1	1	DAR 2 CC VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DIAS	PACTADA
24203 (017)	ACETAMINOFEN # 150 mg/5 mL (JARABE)	4 Mililitro cada 6 Horas	12	1	DAR 4 CC VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 3 DIAS	PACTADA
					TOTAL	PACTADA

Cobrar COPAGO o CUOTA MODERADORA POR VALOR DE : $ 4700

Firmado Electronicamente Por
FIDELINA MARIA VILLA PERTUZ
Registro Medico. 52383546

Firma del Usuario

NOTAS

Fecha Ordenamiento: 2025-03-17 07:51:34
Validez de la Orden: 30 Dias Desde: 2025-03-17 - Hasta: 2025-04-16
Estos servicios se deben facturar a: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA < 18

5506294183

ORDEN 5506294183 - MEDICAMENTOS - 2025-03-17 07:51:34 - PAGINA 1 DE 1

SUBDIRECCION DE SALUD
Dra. FIDELINA MARIA VILLA PERTUZ
MEDICO ESPECIALISTA
C.C. 52383546

recibido 18/03/2025

06.02.2019 Página 2

Powered by CamScanner

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Orden Nro. 5506185778

Sede: FLORESTA
Dirección: AV CR 68 No 6b

Paciente JOSE DAVID GOMEZ MENDEZ	**ID** RC 1016125218	**Edad** 7 Meses	**Tipo Usuario** BENEFICIARIO	**Semanas** 4	**Rango** 1
Contrato FAMISANAR POS-CAP BOGOTA < 18		**Plan** CONTRIBUTIVO	**Sede Afiliado** CALLE 48		
Dirección CR 119A 15 C 70 FONTIBON		**Teléfono** 3112481020 / 3112481020			
Solicitado Por HERCILIA ENRIQUEZ VEGA		**Diagnostico** J219			
Especialidad FARMACIA CAFAM		**Dirección** 0		**Telefono** 0	

Codigo	Medicamento	Dosificacion	# Dosis	Cant. Pres.	Indicaciones	Tarifa
12005	PREDNISOLONA / 5 mg / TABLETA	1.5 Tableta cada 1 Dias	5	8	DAR TABLETA Y MEDIA TRITURADA UNA VEZ AL DIA VIA ORAL POR 5 DIAS.	PACTADA
24201 4277	ACETAMINOFEN / 120 mg/5 ML / JARABE	2.5 Mililitro cada 6 Horas	12	1	DAR 2.5 CENTIMETROS VIA ORAL CADA 6 HORA SI PRESENTA FIEBRE	PACTADA
23977 4277	SALBUTAMOL SULFATO / 100 mcg/dosis 3 SOLUCION PARA INHALACION (AEROSOL)	2 Puf cada 6 Horas	40	1	CON USO DE INHALOCAMARA TRES PUFF CADA 4 HORAS POR 3 DIAS . LUEGO CADA 6 HORAS HASTA QUE LA TOS HAYA CEDIDO , RECUERDE USAR CON INHALOCAMARA Y CUANDO SE ESTRENA EL INHALADOR EL PRIMER PUFF SE HACE AL AIRE, POSTERIORMENTE NO SUEV IGUCAL CON USO DE	PACTADA
237716 4277	BECLOMETASONA 97 MCG SOLUCION PARA INHALACION AEROSOL 1 97 MCG CODIS INALADOR ORAL	1 Puf cada 12 Horas	60	1	INHALOCAMARA, 1 PUFF CADA 12 HORAS . NO SUSPENDER SIN ORDEN MEDICA HACER LIMPIEZA DE BOQUILLA ORAL CON JABA MAS AGUA //	PACTADA
					TOTAL	PACTADA

Cobrar COPAGO o CUOTA MODERADORA POR VALOR DE : $ 4700

Firmado Electronicamente Por
HERCILIA ENRIQUEZ VEGA
Registro Medico: 34544502
NOTAS

Fecha Generacion: 2025-03-07 11:44:16
Validez de la Orden: 30 Dias **Desde:** 2025-03-01 **Hasta:** 2025-03-31
Estos servicios se deben facturar a: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA < 18

Firma del Usuario

+ 5 5 0 6 1 8 5 7 7 8 +

recibido 18/03/2025

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

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

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: JIC Emanuel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Jose David Gomez Mendez

No. DE DOCUMENTO: 1076175278

RC: [X] TI: [ ] CC: [ ]

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación y Frecuencia)	12/03/25			13/03/25			14/03/2025			15/03/2025			16/03/2025			17/03/2025			Día mes actual			Día mes actual			Día mes actual			Día mes actual			Día mes actual			Día mes actual			Día mes actual			Día mes actual		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Acetaminofen jarabe via oral, 3.5 ml cada 6 horas		15:00			11:00			11:00			14:00			13:00			13:00																										
Salbutamol inhalado aerosol, 3 PUFF cada 6 horas														13:00			13:00																										
Clorfenamina jarabe, via oral, 2ml, cada 8 horas														15:00			15:00																										
Nombre y Cédula del Profesional de la Salud MAÑANA (xx:xx - xx:xx horas) TARDE (xx:xx - xx:xx horas) NOCHE (xx:xx - xx:xx horas)		Jose Gomez 1076175278			Jose Gomez 1076175278			Jose Gomez 1076175278			Jose Gomez 1076175278			Jose Gomez 1076175278			Jose Gomez 1076175278																										

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

Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL SERVICIO: Jardines Infantiles diurnos

NOMBRE DEL CENTRO: Jardín Infantil Cofinanciado Emanuel

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	FECHA DE INGRESO	LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA
Jose David Gomez Mendez	RC 1016172578	Acetaminofm	Jarabe	60ml	12/03/2025	1472327	2000025708	07/2025	Familiar	Lm Rmz	
Jose David Gomez Mendez	RC 1016172578	Acetaminofen	Jarabe	60ml	13/03/2025	1472327	2000025708	07/2025	familiar	Lm Rmz	
Jose David Gomez Mendez	RC 1016172578	Acetaminofen	Jarabe	60ml	14/03/2025	1472327	2000025708	07/2025	familiar	Lm Rmz	
Jose David Gomez Mendez	RC 1016172578	Acetaminofm	Jarabe	60ml	18/03/2025	1472327	2000025708	07/2025	familiar	Lm Rmz	
Jose David Gomez Mendez	Rc 1016172578	Acetaminofen	Jarabe	60 ml	19/03/2025	1472327	2000025708	07/2025	familiar	Lm Rmz	
Jose David Gomez mendez	RC 1016172578	clorfeniramina	Jarabe	120ml	19/03/2025	028BD7	2015M-000376-R1	08/2027	Familiar	Lm Rmz	
Jose David Gomez Mendez	RC 1016172578	Salbutamol	Aerosol	100mcg	19/03/2025	2224627	2021M-0010006-R1	11/2025	familiar.	Lm Rmz	
Jose David Gomez Mendez	Rc 1016172578	Acetaminofm	Jarabe	100 ml	20/03/2025	24027	2019M-0018957	03/2026	familiar	Lm Rmz	
Jose David Gomez Mendez	RC 1016172578	Clorfeniramina	Jarabe	120 ml	20/03/2025	028BD7	2015M-0003376-R1	08/2027	familiar	Lm Rmz	

Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL SERVICIO: Jardines Infantiles Divinos

NOMBRE DEL CENTRO: Jardín Infantil Cofinanciado Emanuel

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	FECHA DE INGRESO	LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA
Jose David Gomez Cepeda	RC 1076125218	Salbutamol	Aerosol	100mcg	20/03 2025	2321842	2021M-0010906-R1	06/2026	familiar	[illegible]	[illegible]

Powered by CamScanner