


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: BOSA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INDEPENDENCIA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: NIDIA BUSTAMANTE

NIVEL: Parvulos BNUIP: 1052100811 NIÑA O NIÑO: Brenda Paulina Barraza Fernandez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Ana Karina Fernandez Gonzalez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Ana Fernandez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Laura Carrero

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 16-07-2025 | 09:15 a.m. | Casa del participante | Siendo las 09:15 de la mañana se realiza comunicación efectiva con la señora Ana Fernandez desde el número 3212077945, la cual nos indica que la participante Brenda Barraza presenta episodios de tos desde la noche, se le indica a la madre que debe llevarla al médico para llevar el debido seguimiento, se le informa que esta información será tomada como novedad. Hasta aquí va esta novedad. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Laura Carrero Profesional en atención | 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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | | X | | | | | | | SI X NO | SI X NO |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 17-07-2025 | 10:35 a.m. | Casa del participante | Siendo las 10:35 de la mañana se realiza comunicación efectiva con la señora Ana fernandez desde el número 3212077945, la cual nos indica que la participante Brenda Barraza sigue presentando episodios de tos constante y dificultad para respirar, debido a ello el día de hoy tendra una cita medica. Se le indica a la madre que debe traer el comprobante de la cita para realizar el seguimiento de la niña. Se le informa a la madre que esta información será tomada como novedad. Hasta aquí va 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 |
|---|---|
| Laura Carrero Profesional en atención | 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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | X | | | | | | SI X NO | SI X NO |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 21-07-2025 | 09:15 a.m. | Casa del participante | Siendo las 09:15 de la mañana se realiza comunicación efectiva con la señora Ana Fernandez desde el número 3212077945, la cual nos indica que realizara el retiro voluntario de la participante Brenda Barraza, ya que la familia viajara a la costa, envía vía Whatsapp carta de retiro voluntario y nos la envía en físico. Se realiza proceso administrativo y la participante queda en estado de suspensión. De igual forma se le indica a la madre que debe estar atenta al proceso y que la información será tomada como novedad. Hasta aquí va 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 |
|---|---|
| Laura Carrero Profesional en atención | 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 | 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<br>FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES | Código: FOR-PSS-309<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo 20221015300 - 20/05/2022<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

LOCALIDAD: BOSA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INDEPENDENCIA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: NIDIA BUSTAMANTE

NIVEL: Parvulos NUIP: 1016754770 NIÑA O NIÑO: Valentina Bonilla Galindo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Kelly Yohanna Galindo Camacho

ACUDIENTE PRINCIPAL: Kelly Galindo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Laura Carrero

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | X | X | X |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 01-07-2025 | 07:26 a.m. | Jardin infantil independencia | Siendo las 07:26 de la mañana se registra el ingreso de la participante Valentina Bonilla acompañada de su madre Kelly Galindo, la cual nos informa que la niña ya culminó el medicamento recetado y ya se encuentra en perfecto estado de salud y aparentemente se ve bien. Se ven las novedades anteriores y se le indica a la madre que debe estar pendiente, ya que la niña estará en observación todo el día y cualquier novedad se le informará vía telefónica. Se le informa que esta información será tomada como novedad. Hasta aquí va 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 |
|---|---|
| Laura Carrero Profesional en atención | Kelly Yohanna Galindo CC 1020804178 Kelly Galindo |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | X | X | X |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| [redacted]-07-2025 | 16:12 p.m. | Jardin infantil independencia | Siendo las 16:12 de la tarde se registra la salida de la participante Valentina Bonilla, es entregada a su madre Kelly Galindo, a la cual se le indica que la niña permaneció activa durante toda la jornada, participando de todas las actividades propuestas por la docente y consumio todos sus alimentos por completo sin presentar otra novedad. Aquí se cierra esta novedad que va desde el 24-06-2025 hasta el 01-07-2025 |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Laura Carrero Profesional en atención | Kelly Yohanna Galindo 1020804178 Kelly Galindo |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | X | | | | | | | X | X |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| [redacted]-07-2025 | 08:06 a.m. | Melgar | Siendo las 08:06 de la mañana se realiza comunicación efectiva con el señor Fabian Bonilla padre del participante desde el número 3023338570, el cual nos indica que la niña no asistira el día de hoy, ya que se encuentra en Melgar, tambien nos indica que la participante Valentina Bonilla, asistira el día de mañana. Se le informa al padre que esta información será tomada como novedad. Hasta aquí va esta novedad. |

| NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR |
|---|---|
| Laura Carrero Profesional en atención | No aplica |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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
Centro Oriente E.S.E.

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**900959051**

## INCAPACIDAD MEDICA

## Nº210255

**INFORMACIÓN GENERAL**

**LUGAR Y FECHA** Bogota D.C 21/07/2025

**MEDICO** 1044925897 JOSE HILARIO BOSSIO TORRES

**INFORMACION PACIENTE** THIANNY SOFIA PEÑA SIERRA **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Femenino

**TIPO DOCUMENTO** RegistroCivil **NUMERO** 1233522535 **EDAD** 2 Años / 5 Meses / 23 Días **F. NACIMIENTO** 27/01/2023

**ENTIDAD** CA011 CA010 - SANITAS EPS-S CAPITACION RESOLUTIVO

**AREA DE SERVICIO:** 6PMC12 - PRIMERO DE MAYO CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL **REPS** 110013028906

**DETALLE DE LA INCAPACIDAD**

**TIPO** EnfermedadGeneral

**DIAS DE INCAPACIDAD** 4 **FECHA INICIAL** 21/julio/2025 **FECHA FINAL** 24/julio/2025

**COD DX** F445 - CONVULSIONES DISOCIATIVAS

**COD DX RELACIONADO**

**GRUPO DE SERVICIOS** ConsultaExterna **MODALIDAD PRESTACION SERVICIOS** Intramural

**PRESUNTO ORIGEN INCAPACIDAD** Comun **CAUSA QUE MOTIVA ATENCION**

**PRORROGA** NO **INCAPACIDAD RETROACTIVA** Ninguna

SE DA ORDEN DE INCAPACIDAD MEDICA DEL DIA HOY 21/07/2025 HASTA EL DIA DE 24/07/2025. PARA REPOSO Y TOMA DE PARACLINICOS

Jose H Bossio Torres

**Nombre Medico:** BOSSIO TORRES JOSE HILARIO
**Registro:** 1044925897

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: BOSA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INDEPENDENCIA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: NIDIA BUSTAMANTE

NIVEL: Parcialpos SNUIP: 1233522535 NIÑA O NIÑO: Thianny Sofia Pena Sierra

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Maria Jose Sierra Meza

ACUDIENTE PRINCIPAL: Maria Sierra PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Laura Carrero

| TIPO DE NOVEDAD | | | | | | | | | | | Se realizó activación de póliza: | Se realizó activación de ruta: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | SI ____ NO X | SI ____ NO X |

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| 24-07-2025 | 4:59 p.m. | Casa del participante | Siendo las 04:59 se realiza comunicación efectiva con la señora Maria Jose Sierra desde el número 3133920617 la cual nos indica que la participante Thianny Pena tuvo el viernes en la noche una convulsión debido a un pico de fiebre, debido a ello estuvo hospitalizada durante dos dias y al darle salida le dan incapacidad desde el 21-07-2025 hasta el 24-07-2025, nos envia soporte via whatsapp. Se le informa a la madre que esta información será tomada como novedad y que se realizara seguimiento telefonico durante la incapacidad. Hasta aqui va 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 |
|---|---|
| Laura Carrero Profesional en atención | No aplica. |

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

| FECHA | HORA | LUGAR | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| | | | |

Powered by CamScanner