Fecha Actual

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE 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: Fema

TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1233522535 **EDAD** 2 Años / 5 Meses / 23 Dias **F. NACIMIENTO** 27/0

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 PARACE

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: Parvulos NUIP: 1233527535 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													
			1	X	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
21-07-2025	07:59 a.m.	Casa del participante	Siendo las 07:59 se realiza comunicación efectiva con la señora Maria Jose Sierra desde el número 3133970617, 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													
			1	X	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
22-07-2025	07:13 a.m.	Casa del participante	Siendo las 07:13 de la mañana se realiza comunicación efectiva con la señora Maria Jose Sierra desde el número 3133970617, la cual nos indica que la participante Thianny Pena se encuentra mejor gracias al tratamiento enviado por el doctor. Se le informa que esta información será tomada como novedad. 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													
			1	X	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
23-07-2025	07:24 a.m.	Casa del participante	Siendo las 07:24 de la mañana se realiza comunicación efectiva con la señora Maria Jose Sierra desde el número 3133970617, la cual nos indica que la niña Thianny Pena se encuentra mejor de salud, pero ha presentado un poco de diarrea y que ella la esta manejando con remedios caseros. Se le indica que en caso de persistir el malestar estomacal debe llevar la participante al medico. Se le informa que esta información será tomada como novedad. 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													
			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