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 18 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Materno NUIP: 1021314971 NIÑA O NIÑO: Jeimattheis Bolleh Beltran

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yuleth Beltran

ACUDIENTE PRINCIPAL: Yuleth Beltran PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Valentina Valero

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
02 de Julio 2025	12PM	Jic Portal de los Sueños	El dia de hoy 02/07/2025 Siendo las 12pm la profesional de atención en Primera infancia realizo llamada telefonica al numero 3238166702 Para indagar sobre el Motivo de Inasistencia del niño el dia de hoy al jardin, Se logra Comunicación con la Señora Yuleth, madre del niño, quien informa que el niño amaneció con muchas pichas en los ojos por lo cual prefirio cuidar en casa, la profesional de atención recomienda llevar al Medico al niño e indica esta informa. Con es registrada como novedad. Finaliza novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Valentina Valero Rincón Profesional de atención Primera infancia.	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

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

Scanned with 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 Rafael U.U UNIDAD OPERATIVA: Jic Portal de los sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Delly vargas

NIVEL: Comunadores A NUIP: 1033833608 NIÑA O NIÑO: Juan Jose Florez Triviño

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Desly Daniela Triviño Morin

ACUDIENTE PRINCIPAL: Rocio Morin PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Deisy Lozano

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
01 Julio 2025.	09:00 am	JIC Portal de los Sueños	Hoy Martes 01/07/2025 la Profesional Deisy Lozano le Marca al Celular 3227383082 a la Señora Daniela Triviño madre del niño Juan Florez para saber el motivo de la Inasistencia del niño, la madre responde que se encuentran de Viaje y no sabe si regresan el dia de hoy o mañana 02/07/2025 en horas de la tarde, que si regresa hoy mañana asistira con normalidad, tambien refiere que el niño se encuentra bien de salud.

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 ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
NIA	NIA	NIA.	Se le informa a la señora Daniela Triviño que todo lo referido esta siendo registrado bajo novedad, la cual se le socializara cuando se acerque a la unidad operativa. En este Punto finaliza 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
Profesional de atención a la primera I. Deisy Lozano.	NO aplica.

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
02 Julio 2025	09:20 am.	JIC Portal de los Sueños	Hoy Miercoles 02/07/2025 la Profesional Deisy Lozano se comunica con la Señora Daniela Triviño, madre del niño Juan Florez al numero celular 3227383082 para saber si continuan de viaje o ya ingresarón a la ciudad de Bogotá, la madre refiere que ya se encuentran en la ciudad y mañana 03/07/2025 el niño asistira al jardin con normalidad, se le informa a la madre que todo fue registrado bajo novedad, y se le socializara cuando se acerque al jardin.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional de atención a la primera I. Deisy Lozano.	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

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 R.U.U UNIDAD OPERATIVA: Portal de los sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Párvulos NUIP: 1242691670 NIÑA O NIÑO: Yamith Alexander Sanchez Benitez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Lina Mariane Benitez Rojas

ACUDIENTE PRINCIPAL: Veronica Toro PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Martha Torres - Neney Sanchez

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
02/07/2025	9:30 am	S.I.E portal de los sueños	siendo las 9:30 a.m se realizo llamada telefónica al 3204272615 en el cual contesta la Sra. Lina Benitez mamá de Yamith Sanchez le refiere a la profesional de atención a la P.F Martha Torres que el niño no pudo asistir al Jardín porque anoche estaba saltando y se pego en la boca, hoy amaneció inflamado y con dolor dental en caso de seguir con dolor la llevará al médico, este en caso a cargo de la abuela paterna.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Martha Jaime profesional de atención a P.F	N/A.

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

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 I2021015000 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD P. UU UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Pre-jardín NUIP: 1023047103 NIÑA O NIÑO: Angel Isaac Neira Salamanca

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Samantha Salamanca

ACUDIENTE PRINCIPAL: Samantha Salamanca PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez.

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
02/07 2025	10:15 am	Jic portal de los Sueños	Siendo las 10:15 am Se realiza la llamado a la sra Samantha S. acudiente del niño Angel y ella refiere que el niño presenta Gripa y esta en Cuidado en casa, se le recuerda informar Cualquier novedad

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

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-P8S-309 Versión: 0 Fecha: Memo I2021016300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: B. UU. UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Pre-Jardín NUIP: 1010850323 NIÑA O NIÑO: Liam David Gurman poveda

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Dayanna poveda

ACUDIENTE PRINCIPAL: Dayanna Poveda PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez

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 V

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
01/07 2025	1:45 pm	Jic portal de los Sueños.	Siendo la 1:45 pm Se realiza la llamada a la Sra Dayanna Poveda Acudiente del niño Liam quien refiere que se encuentra en el hospital en un examen con el niño de un tac por eso no asistio se le refiere informar Cualquier Novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yuli Gutierrez 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 ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
02/07 2025	0:7:00 AM		Siendo las 7:00 am la señora Dayanna Poveda mamá de Liam quien envia un mensaje por whatsapp e informa que el niño esta incapacitado desde el día 29 de Junio 12025 hasta el 5 de Julio 12025 por 7 días se estara llamando para saber como continua al igual se le pide informar Cualquier Novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yuli Gutierrez Profesional en atencion 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 ____	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

Consecutivo: 0003221106

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Nombre del Paciente	LIAM DAVID GUZMAN POVEDA	**Tipo de documento**	Registro Civil	**Número de documento**	1010850323
Fecha de nacimiento	13/08/2021	**Edad atención**	3 años 10 meses	**Sexo**	Masculino
Episodio	90567048	**Asegurador**	SANITAS PBS EVENTO	**Categoría**	B
Tipo de vinculación	RCT: Beneficiario	**Lugar de atención**	CL INFANTIL		
Fecha de impresión:	01/07/2025				

Certificado Médico

Hra Ingreso a Consulta: 21:35 **Fecha Ingreso a Consulta:** 29/06/2025

Modalidad de atención: Hospitalaria

Fecha de Egreso: 01/07/2025 **Procedimiento Estético:** NO

Diagnóstico Principal: R11X

Observaciones: REQUIRIÓ COMPAÑIA DE PADRES DURANTE ESTANCIA DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE VISITA INSTITUCIONAL, INCAPACIDAD ESCOLAR POR 7 DIAS A PARTIR DE FECHA DE INGRESO.

Este documento no tiene efectos de incapacidad laboral

Firma del prestador:

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

Responsable: LUGO, LUISA **Número de identificación:** 1018407801 **Especialidad:** PEDIATRIA

Luisa Fernanda Lugo Pediatría Universidad Nacional de Colombia 2018

salud colsubsidio

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: R. U.U. UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargos

NIVEL: Pre-Jardín NUIP: 1023989779 NIÑA O NIÑO: Luciana Antonella portilla Rativa

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Rosa Rativa

ACUDIENTE PRINCIPAL: Rosa Rativa PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez

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
01/07 2025	1:45 pm	JIC portal de los Sueños	Siendo las 1:45 pm se realiza la llamada a la Sra Rosa rativa Acudiente de la niña Luciana y no se obtiene respuesta

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yuli Gutierrez Profesional en atencion a Primera infancia	No aplica

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
02/07 2025	09:00 am	JIC portal de los Sueños	El día de hoy siendo las 7:00 am la Sra Rosa Rativa informa por whatspp que La niña se encuentra incapacitada desde el dia 30 de junio 12025 hasta el día 4 de julio 12025 se le refiere informar Cualquier novedad y asi mismo se le estara llamando.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yuli Gutierrez Profesional en atencion en Primera Infancia.	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

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

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT 899999123-7

REPORTE ORDENES MEDICAS EXTRAMURAL

Ingreso: 418813 **Fecha Historia:** 30/05/2025 12:02:38 p. m.

Número de Folio: 81 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - URGENCIAS OBSERVACION

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: PORTILLA RATIVA
Nombres: LUCIANA ANTONELLA
Dirección: TRAV 5 B BIS 52 46 SUR - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3133732393 - 3175065913
Entidad Responsable: SANITAS EPS
Seguridad Social: SANITAS EPS

Tipo Documento: RC **Numero:** 1023988779
Edad: 03 Años 03 Meses 01 Dias (28/03/2022)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino

Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

ORDENES MEDICAS

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Código	Medicamento	Administracion	Cantidad
112111*0032	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML SOLUCION ORAL FRASCO X 60 ML	Administrar 9.5 mL cada 8 Hora(s) de forma ORAL por 3 Dia(s)	2
	Justificacion Clinica PBS:		
112201*0312	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS INHALADOR X 200 DOSIS	Administrar 4 APLICACION cada 4 Hora(s) de forma INHALACION BUCAL por 30 Dia(s)	1
	Justificación Clinica PBS:		
119401*0024	PREDNISOLONA 5 MG/ML MAGISTRAL SUSPENSION ORAL FRASCO X 60 ML	Administrar 4 mL cada 24 Hora(s) de forma ORAL por 3 Dia(s)	1
	Justificación Clinica PBS:		

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Cantidad
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1
	Observaciones: CONTROL EN 3 DIAS	

RECOMENDACIONES

Paciente con incapacidad medica por 5 dias

REGISTROS PROGRAMAS PROMOCION Y PREVENCION

Fecha Registro **Programa Promocion y Prevencion**

R.M. 1016096498

Profesional: YERLY ANDREA OCHOA CASTRO

Profesional: YERLY ANDREA OCHOA CASTRO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 1016096498