ANEXOS CONFIRMACION DE ASISTENCIA JULIO

Dia 01 y 02 de julio 2025

Bogotá D.C 01 de julio del 2025

SEÑORES

JARDIN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA

ASUNTO: PERMISO

Nosotros **DIANA CAROLINA BERNAL RODRIGUEZ** Identificada con cedula de ciudadanía N° **1.024530.481** y **EDUAR ALEXANDER RODRIGUEZ RODRIGUEZ** Identificado con cedula de ciudadanía N° **1.024.521.440** padres y acudientes de la menor de edad **MIA ANTONELLA RODRIGUEZ BERNAL** Identificada con registro civil N° **1.011.265.903**, me dirijo muy respetosamente a ustedes para solicitar permiso de mi hija **ANTONELLA** los días 01 y 02 de julio, el motivo es porque no encontramos de viaje volvería el jueves en el horario habitual.

No siendo más agradezco su colaboración a la presente

ATENTAMENTE

FIRMA Diana Bernal

DIANA CAROLINA BERNAL

C.C 1.024.530.481

CEL 3114498922

Escaneado con CamScanner

Día 09 de julio 2025

CENTRO MEDICO SOACHA

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 2025070810333835

NIT. 9010416913
Carrera 24 # 50-27.Teléfono: 6014871929
Primer apellido: JIMENEZ Segundo apellido: UBAQUE
Primer nombre: JUAN Segundo nombre: MARTIN
Identificación: RC 1023424007 - Sexo: Masculino - Edad: 2 Años
Fecha de nacimiento: 2023/05/08

SOACHA
2025-07-08 12:36
Tipo de Usuario: Otro - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-9045438-1-3

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: A09X Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso .
Otro(s) diagnóstico(s): Z001.
Días de incapacidad: 2 día(s)

Desde: 08/07/2025 - Hasta: 09/07/2025

MÉDICO



DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Maria Angela Llamas Perez - Pediatria
CC 32768912 - RM. Registro médico 32768912

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

npreso: 08/07/2025, 12:58:02
nado Electrónicamente

Original Impresión realizada por: mllamas

Página 1 de 4

CS Escaneado con CamScanner

Dia 09 de julio 2025

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309 | Versión: 0 | Fecha: Memo I2021015300 - 20/07/2021 | Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 - CIUDAD BOLIVAR UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _ BERTILDA SALAS CRUZ

NIVEL: Caminadores NUIP: 1024618097 NIÑA O NIÑO: Ariana Lucia Sanchez Trujillo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O NIÑO: Alejandra Trujillo Varon

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alejandra Trujillo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Ana Liliana Segura.

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											
25/07 2025	7:00 am.	J. I caminos de la vida -Aula Caminadores	Siendo las 7:00 de la mañana la docente recibe una llamada telefonica de la señora Alejandra para informar que su hija Lucia hoy no asistira al jardin porque la va acompañar a la ceremonia de grado que pera en las horas de la mañana, la docente le hace la reflexion de la importancia, de la asistencia al jardin todos los días, la docente le recomienda a pesar de la agenda de su grado traer la niña, la señora manifiesta que si aprovecha la traera porque el grado es lejos del jardin. 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
Docente: Ana Liliana Segura.	No Aplica.

			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											
28/07/ 2025	7:40 am.	J - I caminos de la vida - Aula caminadores	Siendo las 7:40 de la mañana ingresa la señora Alejandra en compañia de su hija Luna, manifestando que el viernes pasado no alcanzo a llegar con la niña, ya que salieron muy tarde del cuento, la docente le informa que le acerca la inasistencia sin justificar que por favor la niña no debe faltar al jardin, la señora manifiesta que fue por motivos familiares de compartir un momento especial con su hija. Se evidencia que la niña ingresa tranquila y activa. 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
Docente: Ana Liliana Segura.	ALEJANDRA TRUJILLO VARON 1118027364

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											
28/07/ 2025	16:40 pm	J. I caminos de la vida.	Siendo las 16:40 ingresa la señora Mercedes por la niña Lucia, la docente le informa a la acudiente que la niña durante la jornada no presento ninguna novedad, que consumio todos los alimentos con agrado, tambien participo activamente en las experiencias pedagogicas. Se evidencia que la niña sale en optimas condiciones del aula. En este punto se hace cierre de la novedad del dia. 25/07/2025.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Docente: Ana Liliana Segura.	Mercedes Sierra 52078633

TIPO DE NOVEDAD			1	X	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											
31/07/ 2025	7:00 pm.	J. I caminos de la vida -Aula caminadores	Siendo las 7:00 de la mañana la docente Liliana recibe una llamada telefonica de la señora Alejandra para informar que la niña la noche anterior paso indispuesta por esa razón le solicito una cita prioritaria para las 8 de la mañana, la docente le recomienda ir informando sobre el estado de salud de la niña, igual manera ella va a estar muy pendiente de la evolución de la niña. 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
Docente: Ana Liliana Segura	No Aplica

Escaneado con CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo 20221015392 - 20221031
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 - CIUDAD BOLÍVAR UNIDAD OPERATIVA: JARDÍN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: BERTILDA SALAS CRUZ

NIVEL: Caminadores NUIP: 1026618097 NIÑO O NIÑA: Ariana Lucia Sanchez Trujillo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O NIÑO: Alejandra Trujillo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alejandra Trujillo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Ana Liliana Segura.

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											
31/07/2025	10:00 am.	J.I caminos de la vida - Aula caminadores	Siendo las 10:00 de la mañana la docente realiza una llamada telefonica al número 3107990999 para conocer el estado de salud de la niña Lucia, donde responde la Señora Alejandra e informa que le hicieron una nebulización o terapia respiratoria y la niña y se desmayo por eso en este momento se encuentra con oxigeno que esta esperando que la pediatra vuelva y la valore, que ella apenas tenga información se comunicara, la docente le dice que queda atenta. 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											
Docente: Ana Liliana Segura			No Aplica.											

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NO X.	Se realizó activación de ruta SI ___ NO X
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
31/07/2025	1:38 pm.	J.I caminos de la vida - Aula caminadores	Siendo la 1:38 de la tarde la docente recibe una llamada telefonica de la mamá de la niña Lucia, informando que se le hija la enviaron con hospitalización en casa, con oxigeno para que el pediatra realice acompañamiento domiciliario, tambien le realicen terapias respiratorias, que la niña se encuentra con oxigeno, la Señora Alejandra informa que por whatsApp enviaran los soportes medicos, la docente informa que va ha seguir muy pendiente de la salud de la niña. 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											

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											
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica.											
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											
No Aplica	No Aplica	No Aplica.	No Aplica.											
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.											

Escaneado con CamScanner

Dia 31 de julio 2025

SPLA	PROCESO MISIONAL – ATENCIÓN DOMICILIARIA	CODIGO:	MI-DO-FO-SPLA-06
	FORMATO DE VALORACIÓN DE INGRESO	VERSIÓN:	1

INTERCONSULTA: Compensar Sur INGRESO: X NO INGRESO: ____ BALA 0x146
FECHA DE VALORACIÓN: 31/07/25 HORA: 12+24 CAMA IR
ENTIDAD: Compensar EPS: X PREPAGADA: ____

DATOS DEL PACIENTE

PEDIATRA TRATANTE: Dr. de la Espriella
NOMBRES Y APELLIDOS: Ariana Ivana Sanchez Trujillo
N.º DE IDENTIFICACION 1024618097
FECHA DE NACIMIENTO: AA 2023 MM 12 DD 29 EDAD: 19m
DIRECCIÓN: Cra 76D # 62I - 61 sur
TELÉFONOS: 3107940999 - 3222288151 BARRIO: Tres reyes
CUIDADOR RESPONSABLE: Alejandra Trujillo E-MAIL alejitatrujillo@hotmail.com

MOTIVO DE CONSULTA: Agudo X Crónico ____ Infección Respiratoria X Antibiótico Endovenoso ____

LISTA DE CHEQUEO DE CUMPLIMIENTO:
Servicios públicos completos en casa (Agua, luz, gas, teléfono e internet) SI X NO____
Infraestructura mínima en el hogar (Cocina, baño, piso, techo, paredes, ventanas y puertas) SI ____ NO ____
Elementos básicos para la higiene y alimentación SI X NO ____

MC Y ENFERMEDAD ACTUAL: pte con 2ndo ep broncoobstructivo ingresa para destete de oxigeno y T. respiratoria

ANTECEDENTES: pat: Niega Alerg: Niega PAI: completo
Qx: Niega Perinatales: Peso: 2595 talla: 50

RXS: ____

SIGNOS VITALES:
FC: 141 FR: 20 TA: 100/70 T°: 36.3 SaO2: 95% FIO2: 0,5 PESO: 9,6 TALLA 80

HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO: Mov. de secreciones

PARACLÍNICOS E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INGRESO:
1. 2nd ep. broncoobstructivo 2. T. oxigeno
3. P/T adecuado 4. ____

ÓRDENES MÉDICAS DE INGRESO:
1. PHD
2. Cánula a 1/2 L/min
3. Salbutamol 3puff c/8h
4. Beclometasona 200mcg dia
5. Prednisolona 10mg dia
6. Amoxicilina 5.5cc c/8h.
7. ____
8. ____
9. ____
10. ____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ____
Paola Rivera
Medico General U. de Sabana
C.C. 1015471780

Escaneado con CamScanner