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: Rafael U.U. UNIDAD OPERATIVA: JIC Portal de los Juegos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas.

NIVEL: Comunidad NUIP: 1023993800 NIÑA O NIÑO: Mathias Santiago Tapias

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie Liceth Mahecha

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Mahecha PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Deisy Lozano

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 +

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
12 08 2025.	12:50 Pm	JIC Portal de los Juegos	Hoy Martes 12/08/2025 la profesional Deisy Lozano se comunica con la Señora Angie Mahecha madre del niño Santiago Tapias al numero celular 3209528663 para saber como le fue al niño en el medico el día de ayer la madre refiere que le dieron incapacidad medica por 5 dias, soporte que envia de manera inmediata via whatsapp. Se evidencia en el PDF un diagnostico A099 gastroenteritis aguda y colitis de origen no especificado con fecha inicial 11/08/2025 y fecha final 16/08/2025

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
N/A	N/A	N/A	tambien se evidencia la formula medica donde le dan algunas recomendaciones acetaminofen 5cc cada 6 horas X 5 dias, sulfato de zinc 10 cc 1 vez al dia X 10 dias, la madre refiere que ya le esta suministrando los medicamentos teniendo en cuenta las sugerencias del pediatra se le informa a la madre que todo lo referido esta siendo registrado bajo novedad, la cual se le socializara cuando se acerque a la unidad operativa.

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 atencion 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

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

Nº211237

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHA Bogota D.C 11/08/2025
MEDICO 1052397596 ACERO RODRIGUEZ LUCIO ALEXANDER
INFORMACION PACIENTE MATHIAS SANTIAGO TAPIAS MAHECHA **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Masculino
TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1023993800 **EDAD** 1 Años / 10 Meses / 18 Dias **F. NACIMIENTO** 24/09/2023
ENTIDAD EPSS34 RS202 - PGP CAPITAL SALUD EPS
AREA DE SERVICIO: 5DTU03 - DIANA TURBAY CONSULTA URGENCIAS PEDIATRICAS **REPS** 110013028918

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

TIPO EnfermedadGeneral
DIAS DE INCAPACIDAD 5 **FECHA INICIAL** 11/agosto/2025 **FECHA FINAL** 16/agosto/2025
COD DX A099 - GASTROENTERITIS AGUDA Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO
COD DX RELACIONADO
GRUPO DE SERVICIOS ConsultaExterna **MODALIDAD PRESTACION SERVICIOS** Intramural
PRESUNTO ORIGEN INCAPACIDAD Comun **CAUSA QUE MOTIVA ATENCION**
PRORROGA NO **INCAPACIDAD RETROACTIVA** Ninguna
REMITE INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS PR GASTROENTERITIS AGUDA. COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO Y VOMITO

L ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ

Nombre Medico: ACERO RODRIGUEZ LUCIO ALEXANDER
Registro: 1052397596
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA DE URGENCIAS

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

NIVEL Camina 3 NUIP: 1206229359 NIÑA O NIÑO: Hannah Inmaculada Ojeda Silva

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Alejandra Ojeda Silva

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alejandra Ojeda S PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Dionila Leal

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
11-08 2025	9:00 am	JIC Portal de los sueños	La profesional Dionila Leal se comunica con la señora Alejandra Ojeda Silva, mamá de Hannah Ojeda Silva al número 321950 1741 para saber el motivo de la inasistencia de la niña, ella refiere que ayer salieron un rato y hoy amaneció con síntomas de gripa la profesional le sugiere ayudarla y de ser necesario llevarla a las urgencias, además, avisar al jardín cualquier eventualidad. 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
Dionila Leal Profesional de atención a la P.I	No aplica

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 LA NOVEDAD
12-08 2025	9:15 am	JIC Portal de los sueños	La profesional Dionila Leal se comunica con la señora Alejandra Ojeda Silva para saber por el estado de salud de la niña, ella refiere que Hannah Ojeda Silva, su hija, se encuentra con resfriado, con tos y prefiere cuidarla en casa, la maestra le recomienda estar muy atenta y de ser necesario llevarla al médico y avisar al jardín, ella expresa que según como siga en la tarde la llevaría al hospital. 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
Dionila Leal Profesional de atención a la primera Inf	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

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

NIVEL: Camin B NUIP: 1022453213 NIÑA O NIÑO: Martin Rozo Londoño

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Andrea Rozo Londoño

ACUDIENTE PRINCIPAL: Andrea Rozo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Dianila Leal

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
08-08 2025	7:50 am	JIC Portal de los sueños	El señor Giovanny Gonzalez, acudiente de Martin Rozo Londoño se acerca al jardin a traer al niño, la profesional Dianila Leal pregunta por el estado de salud del niño, el señor refiere que ya está bien que le realizaron baños y limpieza en los ojitos y mejoró totalmente lo que estaba presentando, la maestra lo recibe y lo tendré bajo observación y cuidados durante la jornada, de ser necesario se comunicará con la familia. 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
Dianila Leal Profesional de atención a la p.i	Jorge Giovanny Gonzalez

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
08-08 2025	4:00 pm	JIC Portal de los sueños	La señora Carolina Hernandez, acudiente de Martin Rozo Londoño se acerca al jardin a recoger al niño, la profesional Dianila Leal le refiere que el niño está bien, no presentó irritación en los ojitos ni ningun otro sintoma de malestar, consumio los alimentos con agrado, participó en la experiencia activamente y socializó con sus pares como de costumbre, por las razones antes mencionadas se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Dianila Leal Profesional de atención a la p.i	Carolina Hernandez

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
12-08 2025	8:40 am	JIC Portal de los sueños	La profesional Dianila Leal se comunica con la señora Andrea Rozo Londoño, mamá de Martin Rozo Londoño al número 302.5124936 para saber el motivo de la inasistencia del niño, la mamá informa que amaneció con un ojo un poco inflamado e untado, como si le fuera a dar conjuntivitis, le pide le suspendan llevarlo por las urgencias ya que hay algunos días presenta lo mismo, le mamá expresa que según como siga le sacará una cita prontaria. En este punto finalizar 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
Dianila Leal Profesional de atención a la p.i	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

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-D UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Suños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: párvulos NUIP: 1241691670 NIÑA O NIÑO: Yamith Alexander Sánchez Benitez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Lina Mariana Benitez Rojas
ACUDIENTE PRINCIPAL: Veronica TORO PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Martha Torres - Tatiana Cuellar

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 NOVEDAD
11/08/2025	10:30 a.m	J.I.C portal de los suños	Siendo las 10:30 a.m se realiza llamada telefónica al 3204272615 en el cual contesta la Srz. Veronica TORO acudiente de Yamith Sanchez, la profesional de atención a la p.i Martha Torres le refiere que el niño presenta un brote en las partes intimas y en boca, la acudiente refiere que yo pase por el niño y si considera lo llevara al medico.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Martha Torres Profesional de atención a p.i	N/A

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
11/08/2025	11:59 a.m	J.I.C portal de los suños	Siendo las 11:59 a.m se acerca a la unidad operativa la srz. veronica TORO acudiente de Yamith Sanchez, la profesional de atención a la p.i Martha Torres le refiere que el niño presenta el brote en las partes intimas y boca, consumio sus alimentos, refiere que le comentara a la mamá para que lo lleve al médico. se hace entrega de paquete alimentario: leche, pongue, manzana.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Martha Torres Profesional de atención a p.i	Veronica TORO B 52448885

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
12/08/2025	11:06 Am	J.I.C portal de los suños	Se comunica por via telefonica al # 3506401035 con la señora Isabel quien refiere que el niño presenta vomito y se encuentra en el transcurso del dia hace llegar el soporte de la incapacidad via whatsapp

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

Powered by CamScanner

FECHA 11/08/25

NOMBRE DEL PACIENTE Yaurli. Sanchez

Edad 3 AÑOS

TC I-4-269-1670

Recomendaciones fundamentales contra el reflujo gastroesofágico*:

* Evite irse a la cama tan pronto coma, espere al menos 2 horas antes de ir a hacer la siesta o dormir en la noche.
* No consuma líquidos junto con las comidas, tome [illegible] cantidades 30 minutos antes o 1 hora después de [illegible]
* Evite usar ropa muy apretada en la zona abdominal.
* Evite licor, fumar y comidas muy picantes.

Adriana P. Mata Quadros
Médico General
M.P.S. 13-2006
SUBRED-CO

R/. Certificacion Medica

Certifico Incapacidad Escolar a partir de la fecha por 15 dias. (11-08-25 a 25-08-25.)

DX: Varicela.

* Indicaciones y cuidados a familiares
* Valoracion Particular

Adriana P. Mata Quadros
Médico General
M.P.S. 13-2006
SUBRED-CO

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: U.U.O UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Verges

NIVEL: Párvulos NUIP: 1016754620 NIÑA O NIÑO: David. Arley Sabogal Lopez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Leydy Lopez Barbosa

ACUDIENTE PRINCIPAL: Paola Lopez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Martha Torres - Tatiana Cuellar

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
11/08/2025	10:00 a.m	J.I.C portal de los sueños	Siendo las 10:00 a.m se realiza llamada telefónica al 3214502432 en el cual contesta la Sra Leydy Lopez mamá de David Sabogal, la profesional de atención a la Pi Martha Torres le refiere que el niño presenta unbrote en manos y boca, la mamá refiere que le informará a la acudiente Paz que pase por el niño y según como sise lo llevará al médico

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

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 LA NOVEDAD
11/08/2025	11:35 a.m	J.I.C portal de los Sueños	Siendo las 11:35 a.m se acerca a la un.d operativa la Sra. Paola Lopez acudiente de, Hr David Sabogal, la profesional de atención a la p.i Martha Torres le refiere que el niño presente un brote en manos y boca, la acudiente refiere que le dira a la mamá que lo lleve al médico, cualquier novedad se compromete a informar de la salud del niño. Se entrega paquete alimentario.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Martha Torres Profesional de atención a P.I	PAOLA LOPEZ BARBOSA 1033812849

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 LA NOVEDAD
12/08/2025	9:30 Am	J.I.C portal de los Sueños	Siendo las 9:30 Am el acudiente envia la incapacidad del dia 11/08/2025 hasta el dia 20/08/2025 por motivo de varicela, lo cual es recibido por la Profesional de atención Tatiana Cuellar a mi numero 3015402386.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Tatiana Cuellar Profesional de atención API	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

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

Nº212814

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHA Bogota D.C 11/08/2025

MEDICO 1010047731 LUISA FERNANDA CASTELLANOS CARREÑO

INFORMACION PACIENTE DAVID ARLEY SABOGAL LOPEZ **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Masculino

TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1016754620 **EDAD** 2 Años / 9 Meses / 9 Días **F. NACIMIENTO** 01/11/2022

ENTIDAD RS535 RS535 - SALUD TOTAL EPS-S- SIN CONTRATO

AREA DE SERVICIO: 5DTU03 - DIANA TURBAY CONSULTA URGENCIAS PEDIATRICAS **REPS** 110013028918

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

TIPO EnfermedadGeneral

DIAS DE INCAPACIDAD 10 **FECHA INICIAL** 11/agosto/2025 **FECHA FINAL** 20/agosto/2025

COD DX B019 - VARICELA

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 INCAPACIDA MEIDCA POR 10 DIAS POR SINDROME DE BOCA MANO Y PIE NO VARICELA .

Luisa Fernanda Castellanos Carreño

Nombre Medico: CASTELLANOS CARREÑO LUISA FERNANDA
Registro: 1010047731

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 R-U-U UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Párvulos NUIP: 102399694 NIÑA O NIÑO: Zoe Tatiana Muñoz Trujillo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Lizeth Dayana Muñoz Trujillo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Mercedes Trujillo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Martha Torres - Tatiana Cuellar

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
11/08/2025	9:00 a.m	J.I.C portal de los sueños	Siendo las 9:00 a.m se realiza llamada telefónica al 3209067187 en el cual contesta la Sra. Lizeth Muñoz mamá de Zoe Muñoz le refiere a la profesional de atención a la P.I Martha Torres que la niña presente fiebre de 38°C desde ayer, se dirige para urgencias para que le digan el por qué de la fiebre, cualquier novedad se compromete a informar. En este punto termina novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Martha Torres Prof. Profesional de atención a P.I	N/A

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 LA NOVEDAD
12/08 2025	9:30 Am	J.I.C Portal de los Sueños	Siendo las 9:00 Am el acudiente envía la incapacidad por whatsapp del día 11/08/2025-15/08/2025 por otra infecciones virales, lo cual fue recibida a mi numero 3015402386 a la profesional de atención Tatiana Cuellar.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Tatiana Cuellar profesional de atención A.P.I	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

Powered by CamScanner

Hospital Universitario
Clínica San Rafael

NIT 860015888-9 Código de Habilitación 110010566801
Cra 8 No 17-45 Sur Tel 328 2300 Bogotá DC

EXCUSA MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

No. 103010000765136 **Fecha:** 2025/08/11

Paciente: NU 1023991694 ZOE TALIANA MUÑOZ TRUJILO **Tipo Afiliado :** BENEFICIARIO
Convenio : Eps Famisanar S A S - Pos Contributivo 11010219 **Nivel Salarial :** 2 **Teléfono :** 3209067187
IPS Primaria:
Fecha Inicial Inc: 11/08/2025 **Fecha Final Inc:** 15/08/2025 **Dias Incapacidad:** 5
Edad Gestacional: 0 **Nro. Inc. Anterior:** 0 NUEVA
Tipo Incapacidad: Ambulatoria No Quirúrgica **Tipo Plan :** POS Contributivo

Concepto Incapacidad
Enfermedad General

Observaciones

Estado Incapacidad
SIN LIQUIDAR

Diagnostico : B088

Dr. Juan Camilo Parra Urquijo
CC: 1.018.485.970 RM: 1018485970
Medicina General

Profesional: Juan Camilo Parra Urquijo **Registro Profesional:** 1018485970

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: R. Uq UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Pre-jardín NUIP: 1033831210 NIÑA O NIÑO: Daniel Alexander Tibaque Bautista.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Monica Bautista

ACUDIENTE PRINCIPAL: Monica Bautista PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yuli Gutierrez.

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
06/08 2025	1:30 pm	Jic portal de los Sueños	Como se encuentra el niño, ello refiere que le va a decir pero no asegura nada, se le vuelve a preguntar si firma la novedad y dice que no, nos despedimos en Compañía de la Psicologa y se toma la foto a la Casa como evidencia. 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
Yuli Gutierrez Profesional de atención a la P.I.	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
08/08 2025	10:00 am	Jic Portal de los Sueños	Siendo las 10:00 am se realiza la llamada al Número 3202006261 de la Sra monica pero no se optiene respuesta. 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
Yuli Gutierrez Profesional de atención A. P.I	No Aplica

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 LA NOVEDAD
11/08 2025	10:00 am	JIC. Portal de los Sueños	Siendo las 10:00am Se realiza la llamada al numero 3202006261 de la Sra monica Bautista pero no se optiene respuesta 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
Yuli Gutierrez Profesional de atencion. P.I.	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
12/08 2025	9:30 am	Jic portal de los Sueños	Se realiza la llamada telefonica el dia de hoy a las 9:30 am al numero de contacto 3202006261 de la Sra monica pero no se optiene 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 de A. P. I	No aplica

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 18 UNIDAD OPERATIVA: portal Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Prejardin NUIP. 1033830239. NIÑA O NIÑO: Ian Alexander López Barbosa

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sandra Barbosa.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Paola López PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Edna López.

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
08 2025	7:15 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy la Señora Paola López se comunica al número 3138661655 a través de whats App e informa a la profesional Edna López que hoy no asistira al jardín su hijo Ian López ya que estuvo indispuesto en la noche presenta dolor abdominal y vómito, lo mantendra bajo observación y ante cualquier eventualidad avisara a la profesional, en este momento el niño está bajo cuidado en casa. 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
Edna López Profesional A.P.I.	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
11 08 2025	11:30 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy se acerca la Señora Paola López madre de Ian López e informa a la profesional que su hijo presenta un brote en boca, pies y manos, ha tenido bajo observación en casa y no ha presentado Fiebre, ningún síntoma más sin embargo la profesional le sugiere llevar al niño al médico para que conozca su diagnóstico, la madre refiere que ahorita ingresa a trabajar y no lo puede llevar. mañana se acercará al Servicio de urgencias.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Edna López Profesional A.P.I.	- Paola lopez Barbosa - 1033812849

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
12 08 2025	9:40 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy la profesional se comunica a al número 3217183979 donde responde la señora Paola López, madre de Ian lopez a quien se le pregunta por la inasistencia de su hijo, ella refiere que ayer lo llevó por urgencias y le dieron incapacidad por cinco días apartir de ayer por brote boca, mano, pie, mañana la señora Paola se acercará para traer la incapacidad y manifiesta que el niño esta bajo cuidado en casa.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Edna López Profesional A.P.I.	NO aplica.

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
13 08 2025	7:08 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy ingresa la señora Paola López madre de Ian López y hace entrega de la incapacidad a la profesional, manifiesta que el niño no presenta síntomas y se encuentra bajo cuidado en casa, solo tiene un pequeño brote en boca, manos y pies, se socializa la novedad con la cual está de acuerdo, nos estaremos comunicando para conocer la evolución del niño. 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
Edna López Profesional A.P.I.	- Paola lopez Barbosa - 1033812849

Powered by CamScanner

Hospital Universitario Clínica San Rafael

Hospital Universitario Clinica San Rafael

ADMISION TRIAGE TR001

DATOS GENERALES

N° HISTORIA:		**EMP. ASEGURADORA - CONVENIO:**			
N° CUENTA:		**TELEFONO:**	3214185969	**NIVEL SISBEN:**	
PACIENTE:	IAN ALEXANDER LOPEZ BARBOSA			**MEDICO TRATANTE:**	
DOCUMENTO :	Registro Civil - NUIP - NIP 1033831376	**DIRECCION:**	CRA 4 J 52 80SUR	**ESPECIALIDAD:**	
FECHA NACIMIENTO:	Mar 30 2022	**CIUDAD:**	Bogotá D.C.	**VIA DE INGRESO:**	
EDAD:	3 Años 4 Meses 12 Dias	**TIPO AFILIADO:**		**CAMA:**	
		SERVICIO:		**FECHA PREADMISION:**	Aug 11 2025 14:33:37
		N° ORDEN:			

GENERO: Masculino

CONSECUTIVO ADMISION TRIAGE: 2706911

FECHA Y HORA REGISTRO TRIAGE: Aug 11 2025 15:49:24

ACOMPAÑANTE: INGRID LOPEZ

PARENTESCO ACOMPAÑANTE MADRE **OTRO PARENTESCO**

FORMA DE INGRESO: Decisión Propia -

TRASLADO EN AMBULANCIA:

MOVIL No.:

NOMBRE DE LA INSTITUCION QUE REMITE:

ESCALA DOLOR: 0

NOMBRE DE LA INSTITUCION QUE CONFIRMA LA REMISION:

MOTIVO DE CONSULTA: EL NIÑO PRESNTA UN BROTE EN LA BOCA LAS MANOS Y LOS PIES,
NIEGA ANTECEDENTES NIEGA ALERGIAS
TALLA 91
EXCUSA POR 5 DIAS A PARTIR DE LA FECHA PARA REALIZAR CUIDADOS ESPECIALES EN CASA

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL	89,0	/ 45,0	**SATURACION OXIGENO**	95,0	**PESO:** 14,6	**GLUCOMETRIA:**	
TEMPERATURA:	36,1		**FRECUENCIA CARDIACA:**	92,0	**FRECUENCIA RESPIRATORIA:**		23,0

OBSERVACIONES

PRIORIDAD: Nivel 4

DIRECCIONADO A: Consulta Prioritaria

OBSERVACIONES: PACIENTE SIN SIGNOS DE ALARMA EN EL MOMENTO DE LA ATENCION SE DIRECCIONA A SU EPS PARA SER VALORADO POR CITA PRIORITARIA,

Yamile Josefa Monsalvo Manjarres

ESPECIALIDAD: ENFERMERIA

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

NIVEL: Prejardín NUIP: 1026604192 NIÑA O NIÑO: Dilan Sanchez Mosquera.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sandra Nosquera.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Sandra Nosquera. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Edna López.

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
12 08 2025	8:40 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy la señora Sandra Mosquera se comunica a través de Whats App al número 3138661655 donde informa que hoy Dilan Mosquera tenía cita de terapia de lenguaje programada para las 8:00 am y se la aplazaron para las 10:40 por tal razón no asistirá hoy mañana regresara con normalidad. 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
Edna López Profesional A.P.I.	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
	- [illegible] - 52291341 ols

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

Powered by CamScanner