- **AARON ESTEBAN ALONSO DIEZ**

NOVEDAD DEL 25 AL 29 INCAPACIDAD MEDICA

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: Natural NUIP: 1018522758 NIÑA O NIÑO: Aaron Esteban Alonso Diez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sandra Gerliany Diez Arango
ACUDIENTE PRINCIPAL: Sandra Diez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Nancy 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
21/08 2025	8:30 am	JIC Portal de los Sueños.	Siendo 8:30 se acerca a la unidad operativa el Señor Kevin Alonso Papá niño Aaron Alonso, le refiere a la profesional de atencion Nancy Sanchez que el niño ingresa al Jardin Sin novedad y comenta que la cita del dia 20-08-2025 fue reprogramada para el 26-08-2025 cita de pediatria, se le informa que esta información sera registrada como novedad en este punto 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
Nancy Sanchez Profesional de atencion a la P.I.	Kevin Alonso 1031173760

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
21/08 2025	4:00 Pm	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 4:00 Pm se acerca a la unidad Operativa el Señor Kevin Alonso Papá del niño Aaron Alonso le refiere la profesional de atencion Nancy Sanchez que el niño estuvo bien durante el dia, consumio sus alimentos proporcionados en el jardin, realizo las actividades pedagogicas, Salé del jardin Sin novedad, se Cierra novedad por Inasistencia del dia 20-08-2025

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Nancy Sanchez Profesional de atencion a la P.I.	Kevin Alonso 1031173760

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
25/08 2025	12:03 Pm	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 12:03 Pm Se realiza llamada telefonica al numero 310 7670011 Para indagar Sobre el estado de salud y la inasistencia del niño Aaron Alonso, no se logra comunicación despues de 3 intentos, pero 12:05 el Señor Kevin Alonso papá del niño, se Comunica por mensaje de whatsapp donde informa que el niño Presenta brote en las piernas y una manto, Presentando fiebre desde domingo, Indica que hoy se encuentra en cita medica. 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
Nancy Sanchez Profesional de atencion 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

SOPORTE DEL 25 AL 29 INCAPACIDAD MEDICA

VIRREY SOLIS I. P. S.

Fecha: Agosto 25 de 2025
Nombre: AARON ESTEBAN ALONSO DIAZ
ID: 1018522958

Incapacidad

Se da incapacidad escolar por 5 días desde la fecha.
Favor permitir acompañamiento y cuidados en la casa.

Concepto: Estomatitis aguda viral

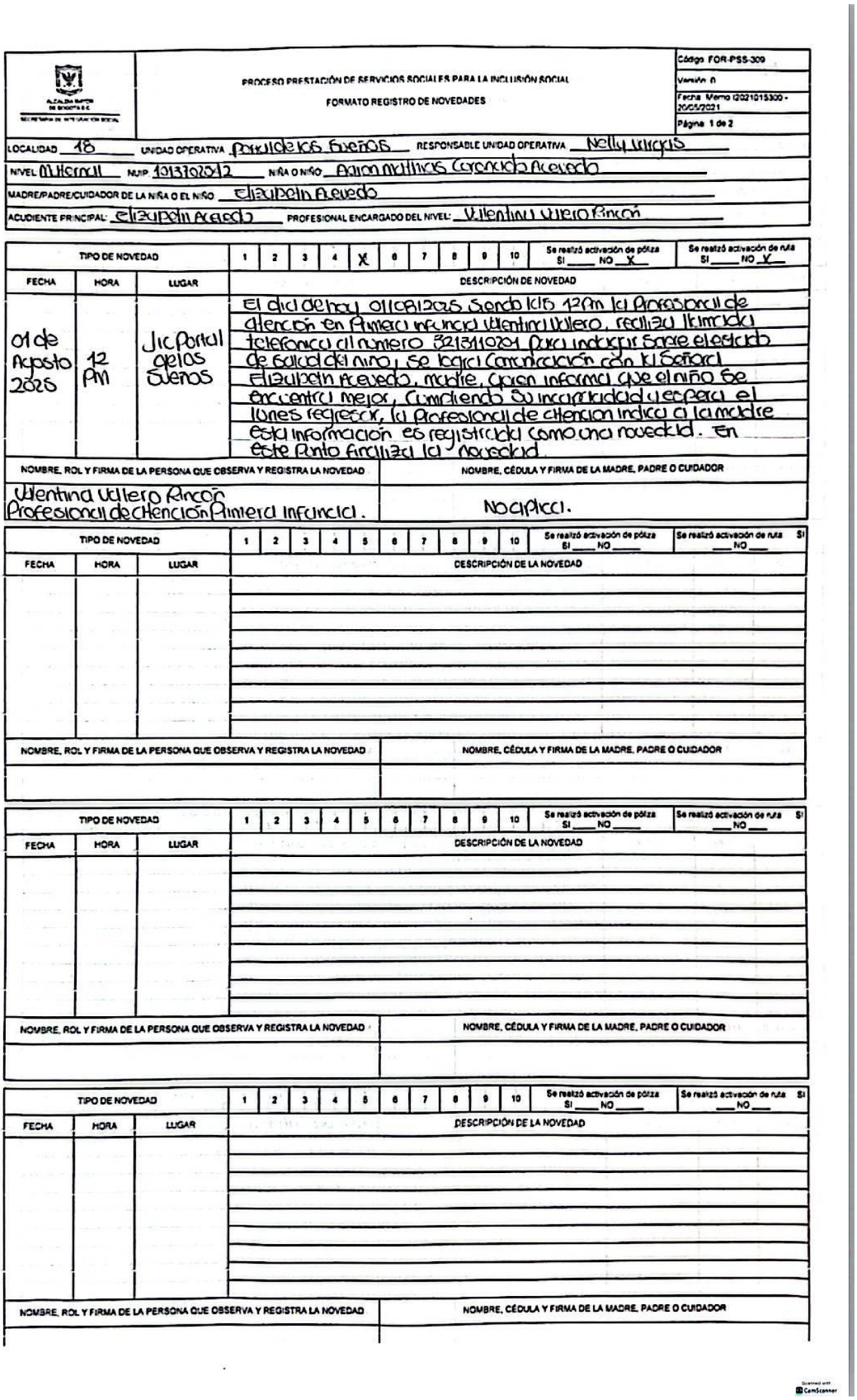
Gracias,

Camila Alejandra Chaparro R.
R.M. 1020764067
Médica Pediatra
U. Nacional de Colombia

Camila A. Chaparro R.
Pediatra Universidad Nacional de Colombia
RM 1020764067

- **AARON MATHIAS CORONADO ACEVEDO**

NOVEDAD DEL 1 INCAPACIDAD MEDICA



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 6
Fecha Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página 1 de 2

LOCALIDAD 18 UNIDAD OPERATIVA Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Nelly Urrego

NIVEL Maternal NUIP 1013702012 NIÑA O NIÑO Aaron Mathias Coronado Acevedo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Elizabeth Acevedo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Elizabeth Acevedo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Valentina Ulloa Rincón

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 de Agosto 2025	12 PM	Jic Portal de los Sueños	El dia de hoy 01/08/2025 siendo las 12pm la Profesional de atención en Primera Infancia Valentina Ulloa, realizo llamada telefonica al numero 3213110201 para indagar sobre el estado de salud del niño, se logra Comunicación con la Señora Elizabeth Acevedo, madre, quien informa que el niño se encuentra mejor, cumpliendo su incapacidad y espera el lunes regresar, la Profesional de atención indica a la madre esta información es registrada como una novedad. 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
Valentina Ulloa 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

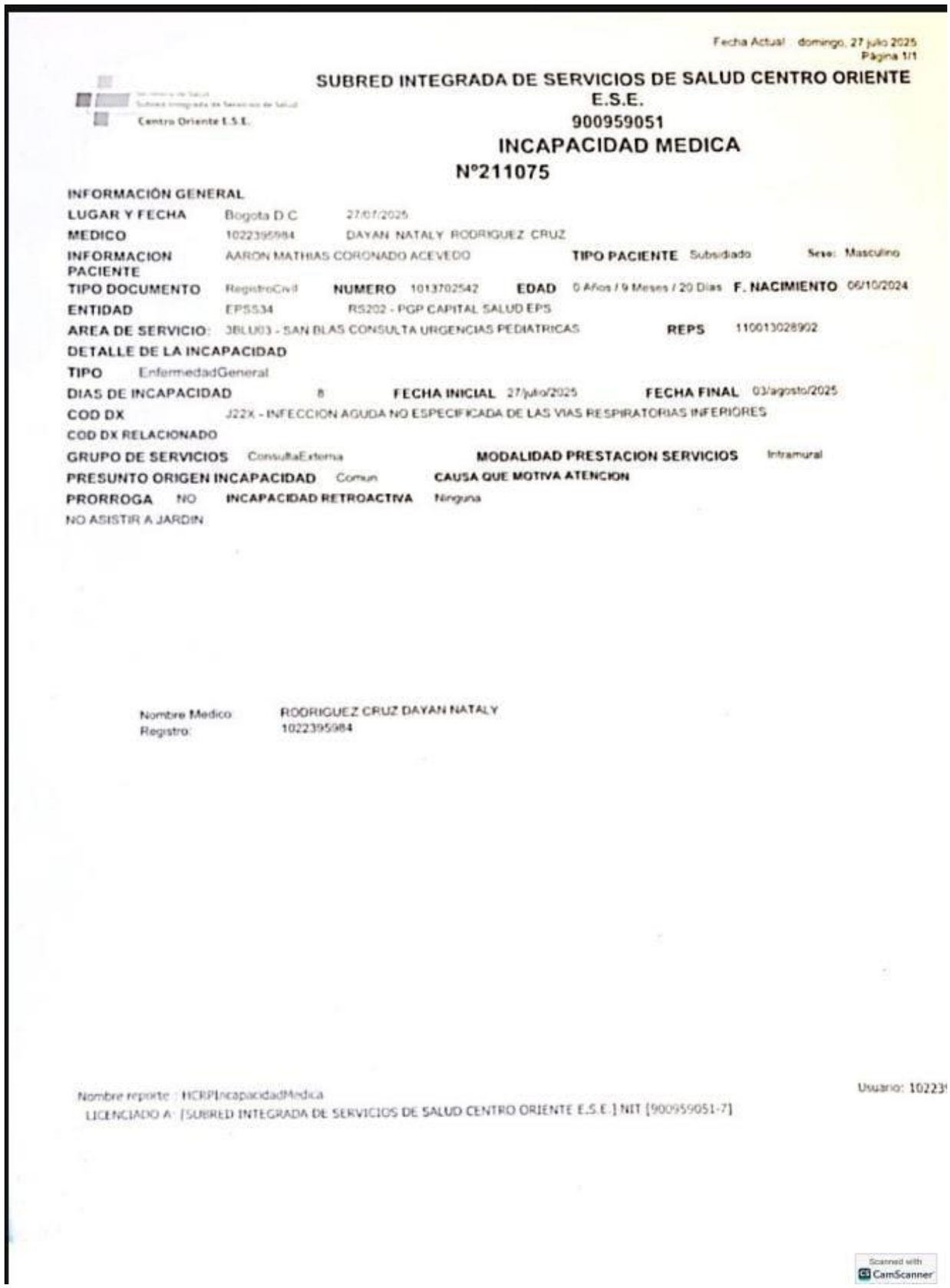
TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta SI ____ NO ____

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

SOPORTE DEL 1 INCAPACIDAD MEDICA



Fecha Actual: domingo, 27 julio 2025
Página 1/1

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

INCAPACIDAD MEDICA
N°211075

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHA Bogota D.C 27/07/2025
MEDICO 1022395984 DAYAN NATALY RODRIGUEZ CRUZ
INFORMACION PACIENTE AARON MATHIAS CORONADO ACEVEDO **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Masculino
TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1013702542 **EDAD** 0 Años / 9 Meses / 20 Dias **F. NACIMIENTO** 06/10/2024
ENTIDAD EPS534 RS202 - PGP CAPITAL SALUD EPS
AREA DE SERVICIO: 3BLU03 - SAN BLAS CONSULTA URGENCIAS PEDIATRICAS **REPS** 110013028902
DETALLE DE LA INCAPACIDAD
TIPO EnfermedadGeneral
DIAS DE INCAPACIDAD 8 **FECHA INICIAL** 27/julio/2025 **FECHA FINAL** 03/agosto/2025
COD DX J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
COD DX RELACIONADO
GRUPO DE SERVICIOS ConsultaExterna **MODALIDAD PRESTACION SERVICIOS** Intramural
PRESUNTO ORIGEN INCAPACIDAD Comun **CAUSA QUE MOTIVA ATENCION**
PRORROGA NO **INCAPACIDAD RETROACTIVA** Ninguna
NO ASISTIR A JARDIN

Nombre Medico: RODRIGUEZ CRUZ DAYAN NATALY
Registro: 1022395984

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Usuario: 10223

Scanned with CamScanner

NOVEDAD DEL 5 AL 14 INCAPACIDAD MEDICA

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: 11
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD 18 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Urrego

NIVEL: Maternal NUIP: 1013702042 NIÑA O NIÑO: Aaron Mathias Coronado Acevedo

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Elizabeth Acevedo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Elizabeth Acevedo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Valentina Ucllero Rincón

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 de Agosto 2025	12 pm	JIC Portal de los Sueños	El dia de hoy 01/08/2025 siendo las 12pm la Profesional de atención en Primera Infancia Valentina Ucllero, realiza llamada telefonica al numero 3213110201 para indagar sobre el estado de salud del niño, se logra Comunicación con la Señora Elizabeth Acevedo, madre, quien informa que el niño se encuentra mejor, Cumpliendo su incapacidad y espera el lunes regresar, la Profesional de atencion indica a la madre esta información es registrada como una novedad. 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
Valentina Ucllero Rincón Profesional de atención 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
04/08 2025	10:20 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 10:20 am se realiza llamada telefonica al numero 3009628593 para indagar sobre el motivo de inasistencia del niño Aaron Coronado y su estado de salud, No se logra comunicación con la sra Elizabeth Acevedo, madre, se realizan 4 intentos los cuales timbra y se va a buzon de voz, en este punto 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
Nancy Sanchez Profesional de atención a la 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

ECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
05/08 2025	9:18 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 9:18 am se realiza llamada telefonica al numero, 3009628593 para indagar sobre el motivo de inasistencia del niño Aaron Coronado y su estado de Salud, No se logra Comunicación con la Sra Elizabeth Acevedo, madre del niño se realizan 3 intentos los cuales se va a buzón en este punto 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
Nancy Sanchez Profesional de atención a la 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
06/08 2025	8:36 am	JIC Portal de los Sueños.	Siendo las 8:36 am Se acerca a la unidad operativa la Sra Elizabeth Acevedo mamá de Aaron Mathias Coronado le refiere a la Profesional de atención Nancy Sánchez que el niño se encuentra incapacitado desde el 27-07-2025 al 03-08-2025, nuevamente lo lleva al medico por que sigue congestionado y nuevamente le envian incapacidad donde inicia el 5-08-2025 finaliza 14-08-2025 Se le indica que se ia estado llamando al numero 3009628593 para saber del estado del niño pero no ha sido Posible la comunicación informa un nuevo numero

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Nancy Sánchez Profesional de atención a la P.I	Elizabeth Acevedo.

SOPORTE DEL 5 AL 14 INCAPACIDAD MEDICA

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

Nº212226

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHA Bogota D.C 5/08/2025

MEDICO 1023946868 YERLY PAOLA PRIETO ABELLA

INFORMACION PACIENTE AARON MATHIAS CORONADO ACEVEDO **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Masculino

TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1013702542 **EDAD** 0 Años / 9 Meses / 29 Días **F. NACIMIENTO** 06/10/2024

ENTIDAD EPSS34 RS202 - PGP CAPITAL SALUD EPS

AREA DE SERVICIO: 2LVU03 - LA VICTORIA CONSULTA URGENCIAS PEDIATRICAS **REPS** 110013028929

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

TIPO EnfermedadGeneral

DIAS DE INCAPACIDAD 10 **FECHA INICIAL** 05/agosto/2025 **FECHA FINAL** 14/agosto/2025

COD DX J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

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 INCAPACIDAD MEDICA
SE HACE CONSTAR QUE MADRE ACOMPAÑÓ A MENOR DURANTE ESTANCIA EN HOSPITAL.
MENOR REQUIERE CUIDADO PERMANENTE DE ADULTO RESPONSABLE.

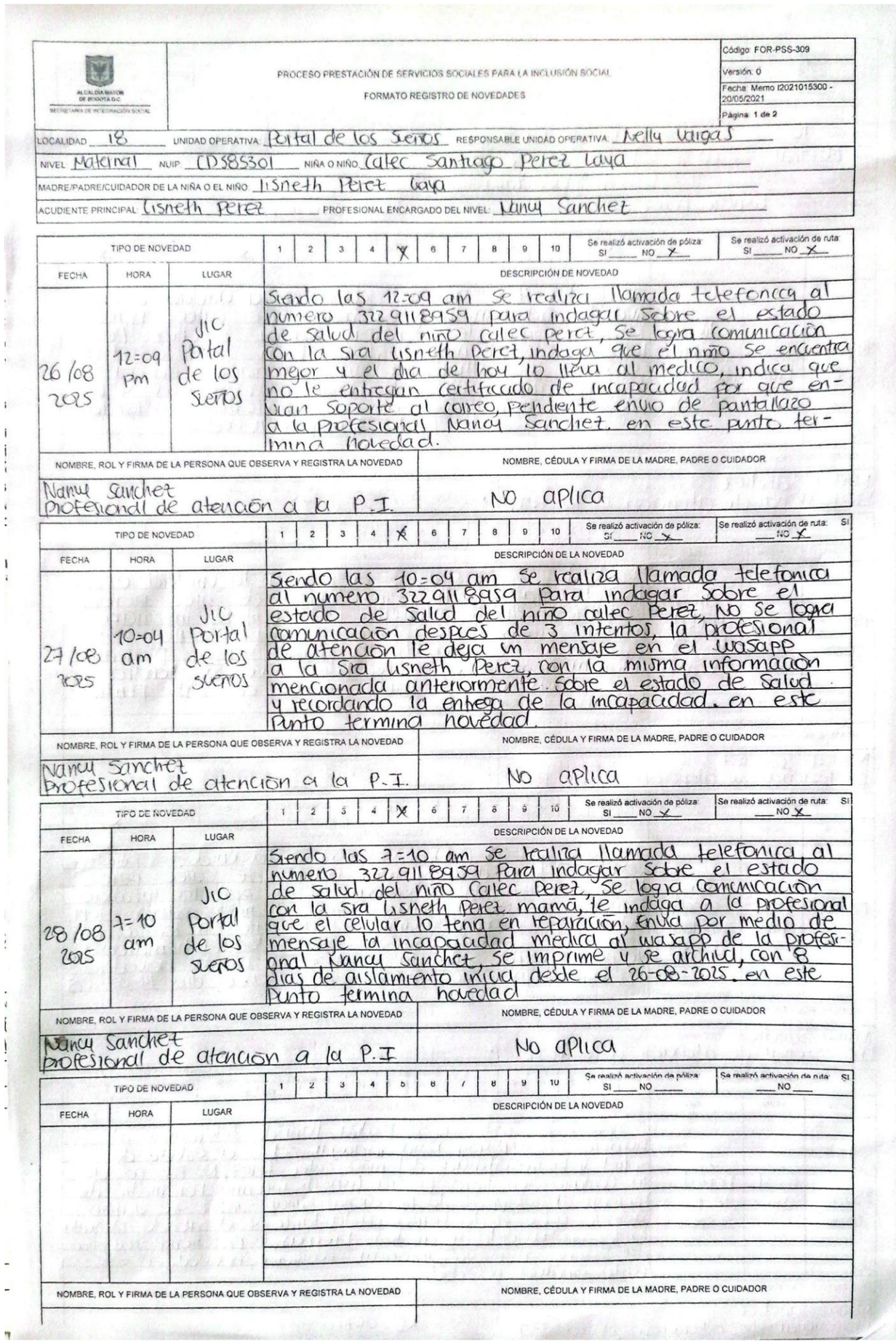
Nombre Medico: PRIETO ABELLA YERLY PAOLA
Registro: 1023946868

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica Usuario: 1023946868

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

- **CALEC SANTIAGO PEREZ**

NOVEDAD DEL 26 AL 29 INCAPACIDAD MEDICA



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: CD585301 NIÑA O NIÑO: Calec Santiago Perez Laya

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Lisneth Perez Laya

ACUDIENTE PRINCIPAL: Lisneth Perez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Nancy 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
26/08/2025	12:09 pm	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 12:09 am se realiza llamada telefonica al numero 3229118959 para indagar sobre el estado de salud del niño calec perez, se logra comunicación con la sra Lisneth Perez, indaga que el niño se encuentra mejor y el dia de hoy lo lleva al medico, indica que no le entregan certificado de incapacidad por que en- viar soporte al correo, Pendiente envio de pantallazo a la profesional Nancy Sanchez. en este punto ter- mina novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Nancy Sanchez Profesional de atención a la 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
27/08/2025	10:04 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 10:04 am se realiza llamada telefonica al numero 3229118959 para indagar sobre el estado de salud del niño calec Perez, No se logra comunicación despues de 3 intentos, la profesional de atención le deja un mensaje en el wasapp a la Sra Lisneth Perez, con la misma información mencionada anteriormente sobre el estado de salud y recordando la entrega de la incapacidad. 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
Nancy Sanchez Profesional de atención a la 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
28/08/2025	7:10 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 7:10 am se realiza llamada telefonica al numero 3229118959 Para indagar sobre el estado de salud del niño Calec Perez, se logra comunicación con la sra Lisneth Perez mamá, le indaga a la profesional que el celular lo tenia en reparación, envia por medio de mensaje la incapacidad medica al wasapp de la profesional Nancy Sanchez, se imprime y se archiva, con 8 dias de aislamiento inicia desde el 26-08-2025. 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
Nancy Sanchez Profesional de atencion 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

SOPORTE DEL 26 AL 29 INCAPACIDAD MEDICA

Fecha Actual : martes, 26 agosto 2025

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.

900959051-7

REPORTE DE TRIAGE

FECHA INICIO DE ATENCION: 26/08/2025 6:49:44 a. m. **FECHA DE CONFIRMACION:** 26/08/2025 7:01:04 a. m.

☑ Confirmado ☐ Paciente Ausente

Centro Atención: 5DT - CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY **Nº Triage:** 1679845 **Fecha del Triage:** 26/08/2025 7:01:04 a. m.

Documento: 11623269 **Paciente:** CALEC SANTIAGO PEREZ LAYA **Edad:** 11 Meses

Entidad: FFDS ATENCION POBLACION EXTRANJERA IRREGULAR - EVENTO **Municipio:** BOGOTA **Dapartamento:** BOGOTA D.C.

Especialidad: MEDICINA CONS EXT-URG-HOSP SCO **Conducta:** Ninguna **Clasificación:** TRIAGE V CONSULTA AMBULATORIA 72 HORAS

Tipo de Población:

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 99/63 **Frecuencia Cardiaca:** 120 **Frecuencia Respiratoria:** 18 **Temperatura:** 36.2

SO2: 92 **Estado de Conciencia:** Alerta **Peso (kg):** 8,3 ☐ Aliento a Alcohol

Motivo Consulta: " le salieron unos punticos en el cuerpo"

Observaciones: Ingresa en compañia de la madre por cuadro clinico de 4 dias de evolución de fiebre 68° manejada con 4cc de acetaminofen, con mejoria. Desde hace 3 dias presencia de lesiones puntiforme tipo costrosas. Se considera paciente con exantema, por lo que se indica *********aislamiento preventivo de 8 dias calendarios ********. Dar acetaminofen 4cc cada 8h, solo si presenta fiebre

Hallazgos Positivos al Examen: signos vitales normales, lesiones puntiformes levemente costrosa

Reingreso antes de 72 horas por el mismo motivo de consulta: SI ☐

ANTECEDENTES

☐ Diabetes ☐ Enfermedad Coronaria ☐ ACV ☐ Enfermedad Pulmona ☐ Convulciones ☐ Hipertenso

☐ Hospitalización reciente ☐ Infarto Reciente ☐ Anticoagulado ☐ Parto Reciente ☐ Otros Antecedente

Otros Antece: Niega
Cirugias: Niega
Alergias: Niega
Medicamentos: Niega

☐ Planifica **Método:** Natural **Fecha Última Regla:**

ARRIBO A URGENCIAS

Tipo de Llegada: Caminando

☐ Consulta Expontanea ☐ Remisión ☐ Collar Cervical ☐ Tabla Espinal ☐ Férula Extremidade ☐ Oxigeno

☐ LEV ☐ SNG ☐ S. Vesical ☐ Tubo de Torax ☐ Intubación traque ☐ Acción ☐ Soat

☐ Consulta Externa HUB ☐ Enfermedad

IMPRESION DIAGNÓSTICA

Diagnóstico 1: B082 EXANTEMA SUBITO [SEXTA ENFERMEDAD]
Diagnóstico 2:
Diagnóstico 3:
Observaciones:
Recomendaciones:

INTENSIDAD DEL DOLOR

Ninguno

Observaciones del dolor:

CIERRE DE TRIAGE

Consulta_Ambulatoria **Observaciones** CONSULTA AMBULATORIA

Sulma Castro

Profesional:SULMA CATALINA CASTRO SABOGAL
Registro Medico: 1010217927

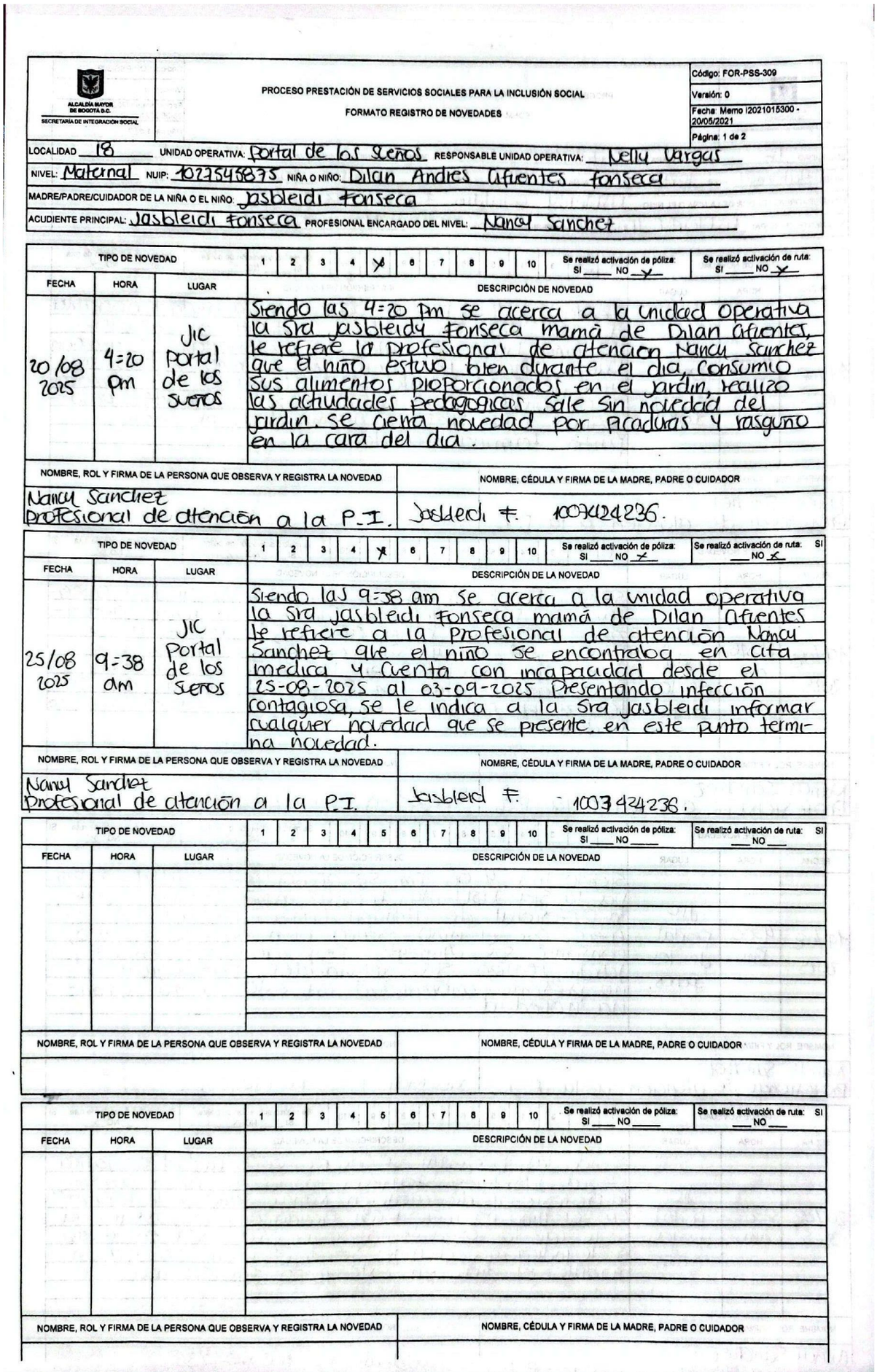
Nombre reporte : HCRPTriage Pagina 1/1

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Recibido Usuario: 1010217927
28-08-2025
Nancy Sanchez

- **DILAN ANDRES CIFUENTES (25 AL 29 INCAPACIDAD MEDICA)**

NOVEDAD DEL 25 AL 29 INCAPACIDAD MEDICA



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: Maternal NUIP: 1027545875 NIÑA O NIÑO: Dilan Andres Cifuentes Fonseca
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Jasbleidi Fonseca
ACUDIENTE PRINCIPAL: Jasbleidi Fonseca PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Nancy 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
20/08/2025	4:20 pm	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 4:20 pm se acerca a la unidad operativa la Sra Jasbleidy Fonseca mamá de Dilan Cifuentes, le refiere la profesional de atención Nancy Sanchez que el niño estuvo bien durante el dia, consumio sus alimentos proporcionados en el jardin, realizo las actividades pedagogicas. Sale sin novedad del jardin. se cierra novedad por Picaduras y rasguño en la cara del dia.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Nancy Sanchez Profesional de atención a la P.I.	Jasbleidi F. 1007424236.

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
25/08/2025	9:38 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 9:38 am se acerca a la unidad operativa la Sra Jasbleidi Fonseca mamá de Dilan Cifuentes le refiere a la profesional de atención Nancy Sanchez que el niño se encontraba en cita medica y cuenta con incapacidad desde el 25-08-2025 al 03-09-2025 Presentando infección contagiosa, se le indica a la Sra Jasbleidi informar cualquier novedad que se presente. 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
Nancy Sanchez Profesional de atención a la P.I.	Jasbleidi F. 1007424236.

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

SOPORTE DEL 25 AL 29 INCAPACIDAD MEDICA

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

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

NIT. 900959051 **Call centers 3078181 018000118181** Fecha Actual : lunes, 25 agosto 2025

FORMULACION MEDICA EXTERNO

		Folio	105
DILAN ANDRES CIFUENTES FONSECA	Edad 1 Años / 0 Meses / 29 Dias	No. Historia	**1028676577**
1028676577	Telefono 3222129227	Ingreso	**18993773**
CENTRO DE SALUD ALTAMIRA	Cama	Fecha Ingreso	25/08/2025 1:14:55 a. m.
CRA 12 A ESTE 42 32 SUR	Telefono 2068718	Fecha prescripcion	25/08/2025 7:50 a. m.
CAPITAL SALUD EPS-S		Suministro Paciente	

Area de Servicio: 6ATC12 - ALTAMIRA CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL

PGP CAPITAL SALUD EPS Tipo de Usuario: **SUBSIDIADO NIVEL 1**

co Principal : E639 - DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA

terna: Enfermedad_general **Finalidad Consulta:** Diagnostico

rmula: **FAM000030310055**

Tipo	Principal Dx	Ingreso Dx	Egreso
	●	●	●

D A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Fecha Actual : lunes, 25 agosto 2025
Página 1/1

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
N°214433

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHA Bogota D.C 25/08/2025
MEDICO 1019054129 CRISTHIAN CAMILO RODRIGUEZ MONTOYA
INFORMACION PACIENTE DILAN ANDRES CIFUENTES FONSECA **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Masculino
TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1028676577 **EDAD** 1 Años / 0 Meses / 29 Dias **F. NACIMIENTO** 26/07/2024
ENTIDAD EPSS34 RS202 - PGP CAPITAL SALUD EPS
AREA DE SERVICIO: 6ATC12 - ALTAMIRA CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL **REPS** 110013028904

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

TIPO EnfermedadGeneral
DIAS DE INCAPACIDAD 10 **FECHA INICIAL** 25/agosto/2025 **FECHA FINAL** 03/septiembre/2025
COD DX L010 - IMPETIGO [CUALQUIER SITIO ANATOMICO] [CUALQUIER ORGANISMO]
COD DX RELACIONADO
GRUPO DE SERVICIOS ConsultaExterna **MODALIDAD PRESTACION SERVICIOS** Intramural
PRESUNTO ORIGEN INCAPACIDAD Comun **CAUSA QUE MOTIVA ATENCION**
PRORROGA NO **INCAPACIDAD RETROACTIVA** Ninguna

Nombre Medico: RODRIGUEZ MONTOYA CRISTHIAN CAMILO
Registro: 1019054129

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica Usuario: 1019054129
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Recibido
25-08-2025
Nancy Sanchez

- **EITHAN FELIPE RODRIGUEZ**

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: Delly Vargas

NIVEL: Maternal NUIP: 1206237107 NIÑA O NIÑO: Eithan Felipe Rodriguez Moreno

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO. Doris Moreno Beltran

ACUDIENTE PRINCIPAL: Doris Moreno PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Nancy Sanchez

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
04/08	10:25 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 10:25 am se realiza llamada telefonica al numero 3215095260 para indagar sobre el motivo de la inasistencia y su estado de salud del niño Eithan Rodriguez, en el cual contesta la Sra Doris Moreno mamá de Eithan Rodriguez, le refiere a la profesional de atención a la P.I Nancy Sanchez que el niño se encuentra en cita de optometria. y lo cuidara en casa. 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
Nancy Sanchez 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

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

SOPORTE DEL 4 CITA OPTOMETRIA

salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

Fecha: 04.08.2025 **Hora:** 10:35:36

Nombre: EITHAN RODRIGUEZ MORENO **Documento de Identificación:** Registro Civil 1206231101

Indicaciones:

CERTIFICO QUE EL PACIENTE ASISTIÓ A CONSULTA DE OPTOMETRIA EL DIA DE HOY ENCONTRÁNDOSE HIPERMETROPIA FISIOLOGICA . POR TANTO, NO REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA.

CONTROL 6 MESES

Nombre Prestador: PATINO, LUZ

Documento de Identificación: 52216888

Especialidad del médico: OPTOMETRIA

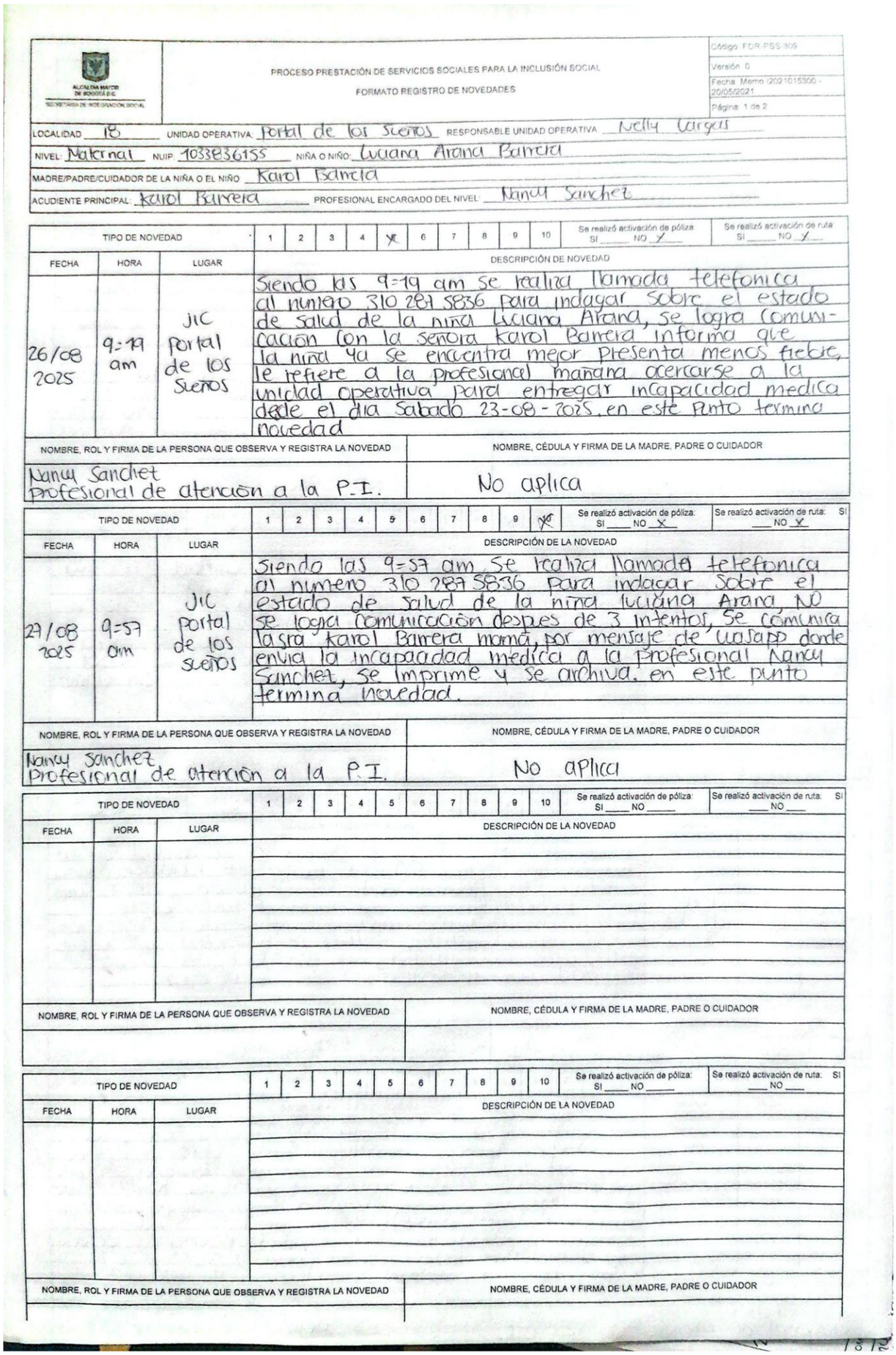
Lugar de Atención: CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL

Vigilado Supersubsidio

Recibido
05 - Agosto - 2025
Nancy Sanchez

- **LUCIANA ARANA BARRERA**

NOVEDAD DEL 25 AL 27 INCAPACIDAD MEDICA



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 i2021015390 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

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

NIVEL: Maternal NUIP: 1033836155 NIÑA O NIÑO: Luciana Arana Barrera

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Karol Barrera

ACUDIENTE PRINCIPAL: Karol Barrera PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Nancy 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
26/08 2025	9:19 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 9:19 am se realiza llamada telefonica al numero 310 287 5836 para indagar sobre el estado de salud de la niña Luciana Arana, se logra comunicación con la señora Karol Barrera informa que la niña ya se encuentra mejor presenta menos fiebre, le refiere a la profesional mañana acercarse a la unidad operativa para entregar incapacidad medica desde el dia Sabado 23-08-2025. 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
Nancy Sanchet Profesional de atención a la 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
27/08 2025	9:57 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 9:57 am se realiza llamada telefonica al numero 310 287 5836 para indagar sobre el estado de salud de la niña Luciana Arana, NO se logra comunicación despues de 3 intentos, Se comunica la sra Karol Barrera mamá, por mensaje de Wasapp donde envia la incapacidad medica a la Profesional Nancy Sanchet, se Imprime y se archiva. 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
Nancy Sanchet 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

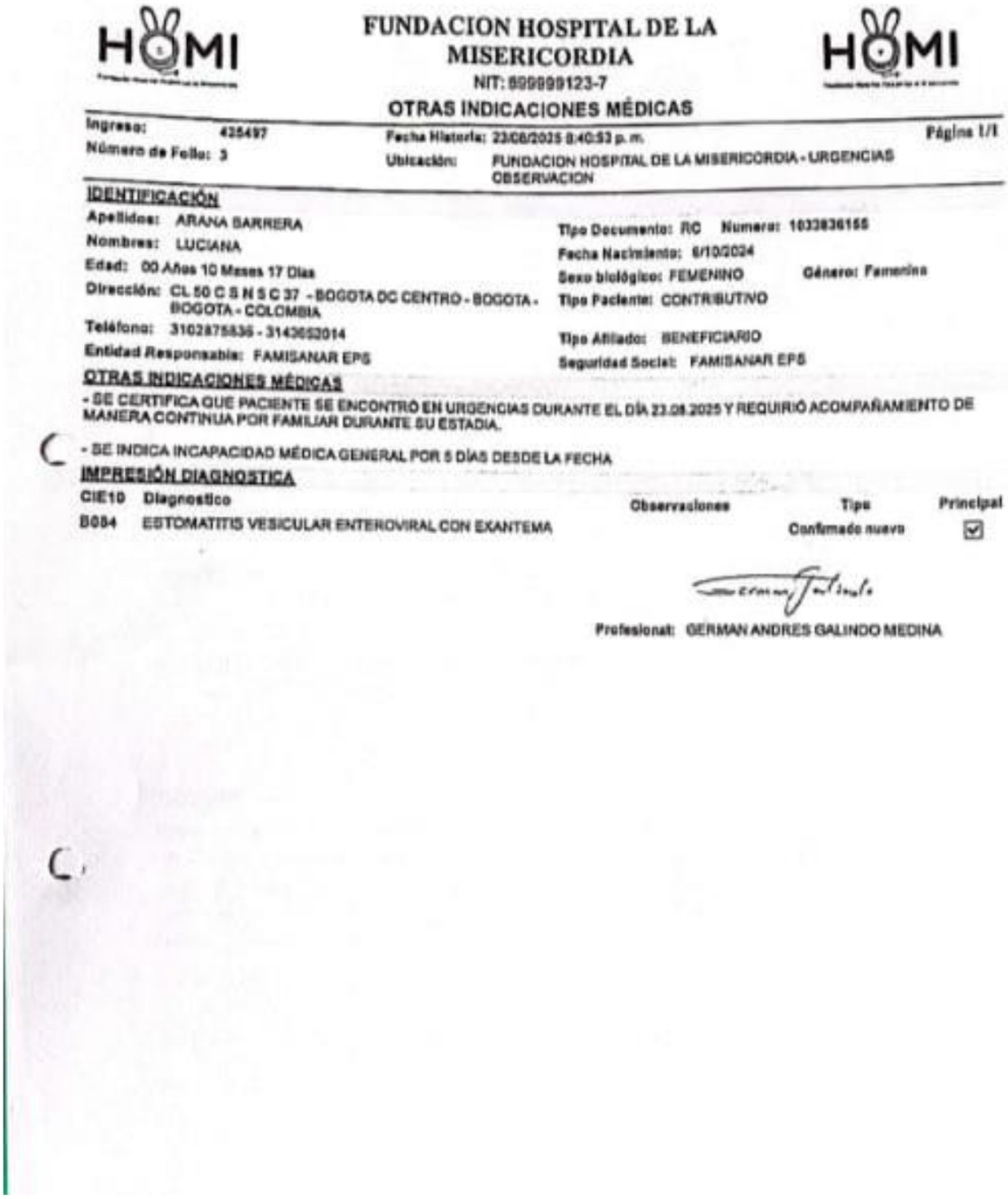
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

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

SOPORTE DEL 25 AL 27 INCAPACIDAD MEDICA



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
NIT: 899999123-7

OTRAS INDICACIONES MÉDICAS

Ingreso: 425497 — Fecha Historia: 23/08/2025 8:40:53 p. m. — Página 1/1
Número de Folio: 3 — Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - URGENCIAS OBSERVACION

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: ARANA SARRERA
Nombres: LUCIANA
Edad: 00 Años 10 Meses 17 Días
Dirección: CL 50 C S N S C 37 - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3102875836 - 3143652014
Entidad Responsable: FAMISANAR EPS

Tipo Documento: RC Numero: 1033836155
Fecha Nacimiento: 6/10/2024
Sexo biológico: FEMENINO Género: Femenino
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: BENEFICIARIO
Seguridad Social: FAMISANAR EPS

OTRAS INDICACIONES MÉDICAS

- SE CERTIFICA QUE PACIENTE SE ENCONTRÓ EN URGENCIAS DURANTE EL DÍA 23.08.2025 Y REQUIRIÓ ACOMPAÑAMIENTO DE MANERA CONTINUA POR FAMILIAR DURANTE SU ESTADIA.

- SE INDICA INCAPACIDAD MÉDICA GENERAL POR 5 DÍAS DESDE LA FECHA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
B084	ESTOMATITIS VESICULAR ENTEROVIRAL CON EXANTEMA		Confirmado nuevo	☑

Profesional: GERMAN ANDRES GALINDO MEDINA