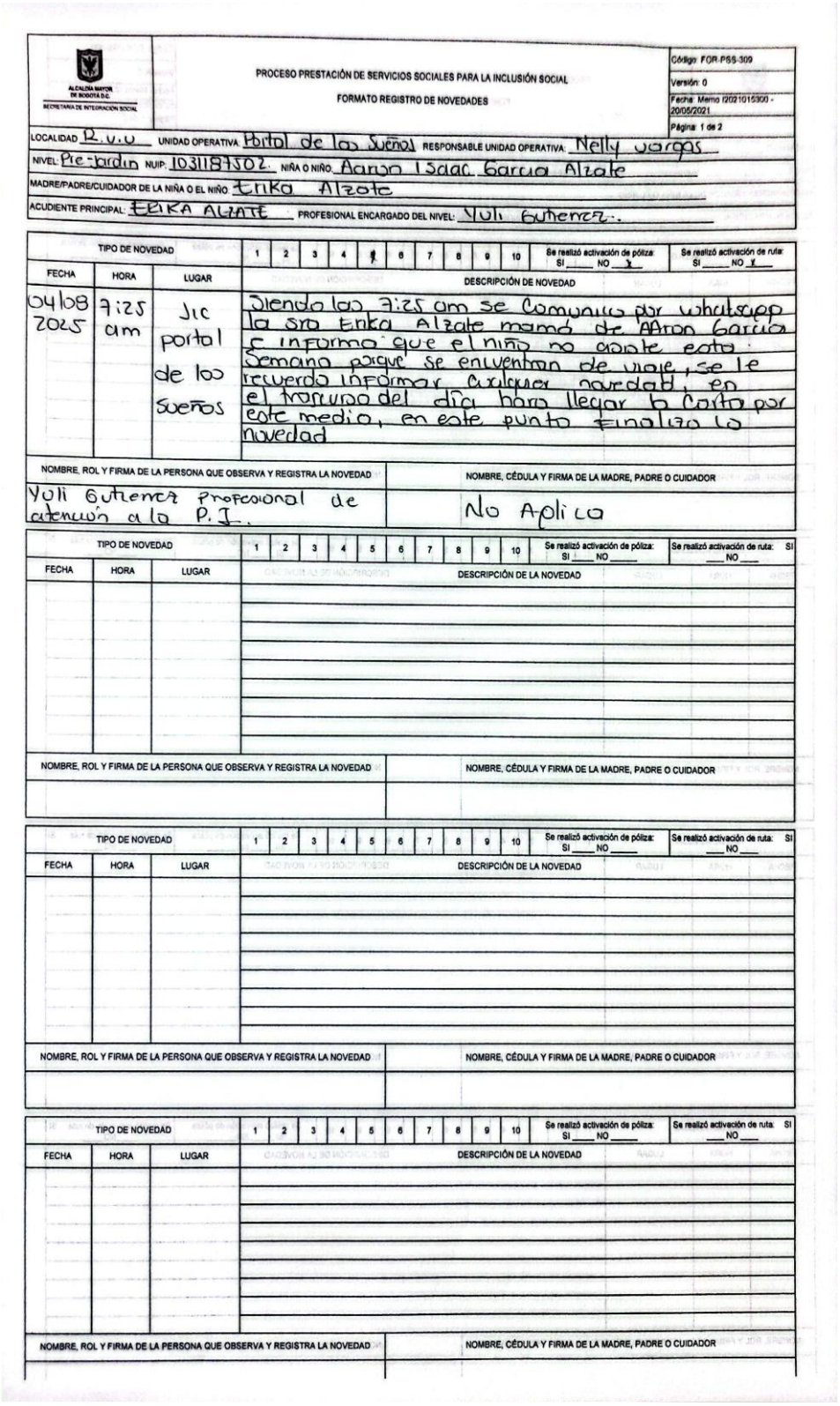
- **AARON ISAAC GARCIA ALZATE**

NOVEDAD DEL 4 AL 8 PERMISO DE VIAJE



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-P66-309
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: Pre-jardin NUIP: 1031187502 NIÑA O NIÑO: Aaron Isaac Garcia Alzate
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Erika Alzate
ACUDIENTE PRINCIPAL: ERIKA ALZATE 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
04/08/2025	7:25 am	Jic portal de los Sueños	Siendo las 7:25 am se Comunica por whatsapp la Sra Erika Alzate mamá de Aaron Garcia E informa que el niño no asiste esta Semana porque se encuentran de viaje, se le recuerda informar cualquier novedad, en el transcurso del día hara llegar la carta por este medio, 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

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

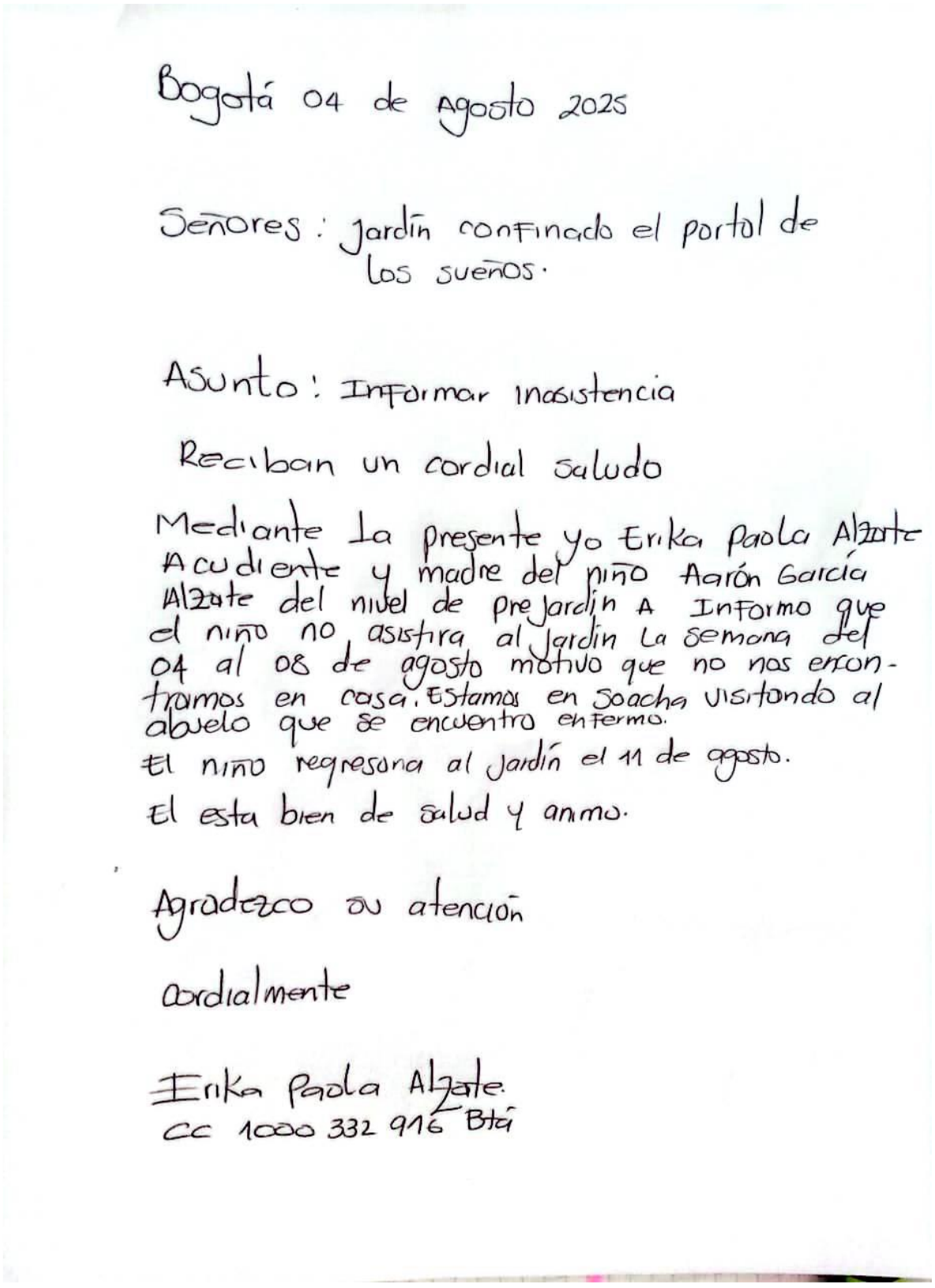
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

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 AL 8 CARTA PERMISO DE VIAJE



Bogotá 04 de Agosto 2025

Señores: Jardín confinado el portal de los sueños.

Asunto: Informar inasistencia

Reciban un cordial saludo

Mediante la presente yo Erika Paola Alzate Acudiente y madre del niño Aarón García Alzate del nivel de prejardín A Informo que el niño no asistira al jardín La semana del 04 al 08 de agosto motivo que no nos encontramos en casa. Estamos en Soacha visitando al abuelo que se encuentro enfermo.
El niño regresara al jardín el 11 de agosto.
El esta bien de salud y animo.

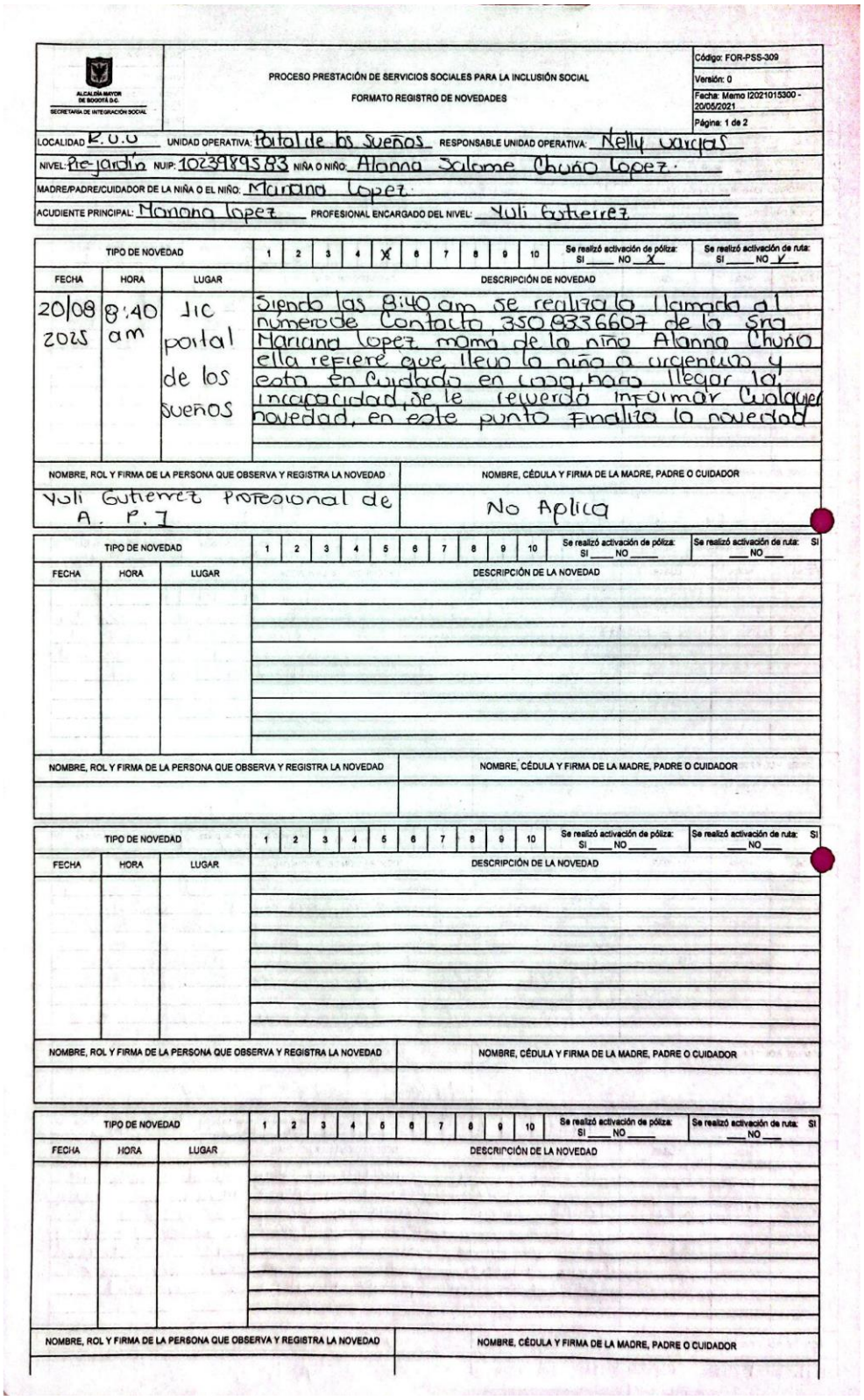
Agradezco su atención

Cordialmente

Erika Paola Alzate.
CC 1000 332 916 Btá

- **ALANNA SALOME CHURIO**

NOVEDAD DEL 20 AL 26 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: R.U.U UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Prejardín NUIP: 1023895583 NIÑA O NIÑO: Alanna Salome Churio Lopez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Mariana Lopez
ACUDIENTE PRINCIPAL: Mariana Lopez 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
20/08/2025	8:40 am	JIC portal de los sueños	Siendo las 8:40 am se realiza la llamada al número de Contacto, 3509336607 de la Sra Mariana Lopez mamá de la niña Alanna Churio ella refiere que llevo la niña a urgencias y esta en Cuidado en casa, para llegar la incapacidad, de le recuerda informar Cualquier 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
Yuli Gutierrez Profesional de 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

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

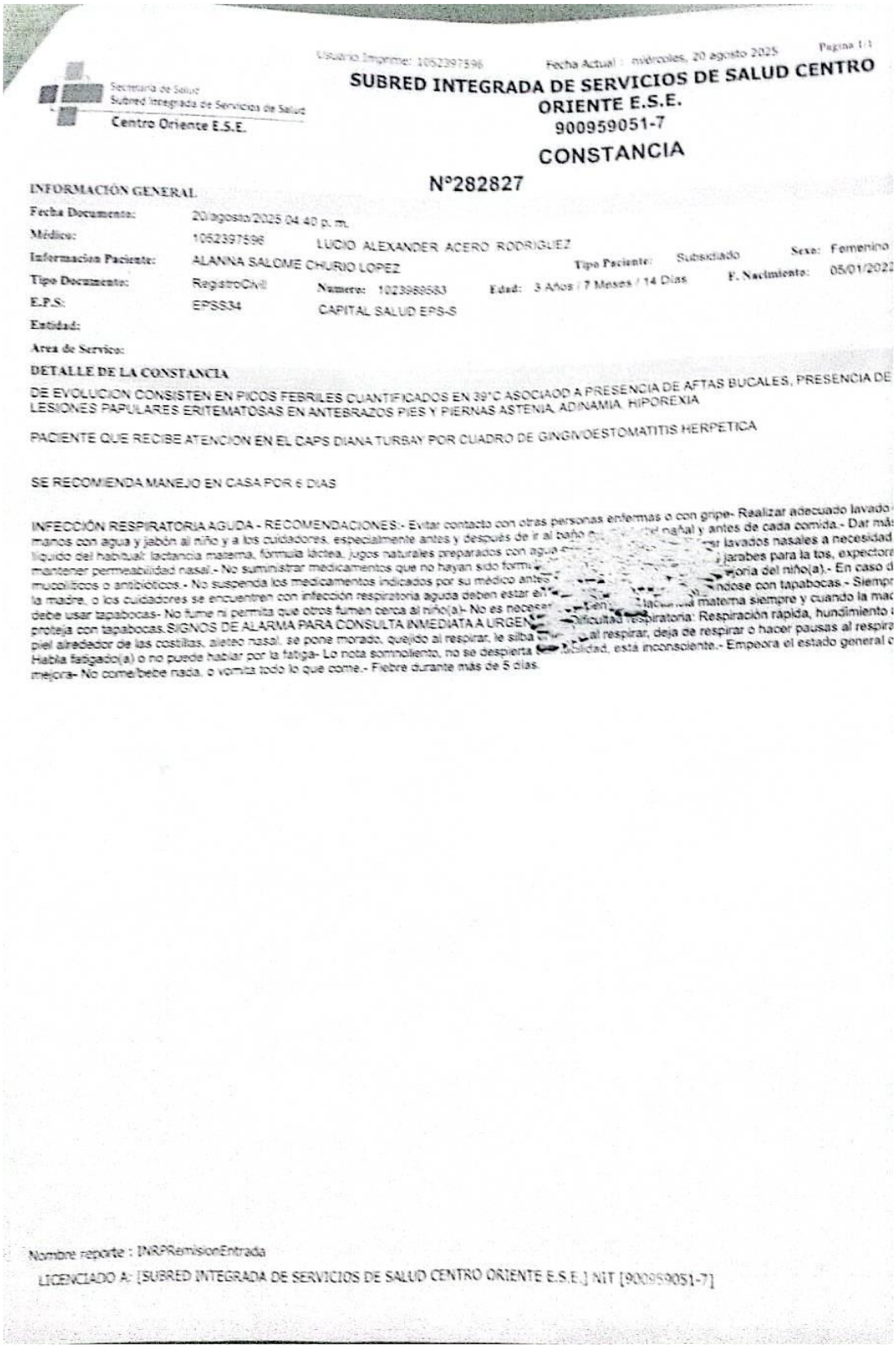
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

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 20 AL 26 INCAPACIDAD MEDICA



Usuario Imprime: 1052397596 Fecha Actual : miércoles, 20 agosto 2025 Pagina 1 / 1

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

CONSTANCIA

N°282827

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 20/agosto/2025 04:40 p. m.
Médico: 1052397596 LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ
Información Paciente: ALANNA SALOME CHURIO LOPEZ **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: RegistroCivil **Numero:** 1023988583 **Edad:** 3 Años / 7 Meses / 14 Días **F. Nacimiento:** 05/01/2022
E.P.S: EPSS34 CAPITAL SALUD EPS-S
Entidad:
Area de Servicio:

DETALLE DE LA CONSTANCIA

DE EVOLUCION CONSISTEN EN PICOS FEBRILES CUANTIFICADOS EN 39°C ASOCIAOD A PRESENCIA DE AFTAS BUCALES, PRESENCIA DE LESIONES PAPULARES ERITEMATOSAS EN ANTEBRAZOS PIES Y PIERNAS ASTENIA, ADINAMIA, HIPOREXIA

PACIENTE QUE RECIBE ATENCION EN EL CAPS DIANA TURBAY POR CUADRO DE GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA

SE RECOMIENDA MANEJO EN CASA POR 6 DIAS

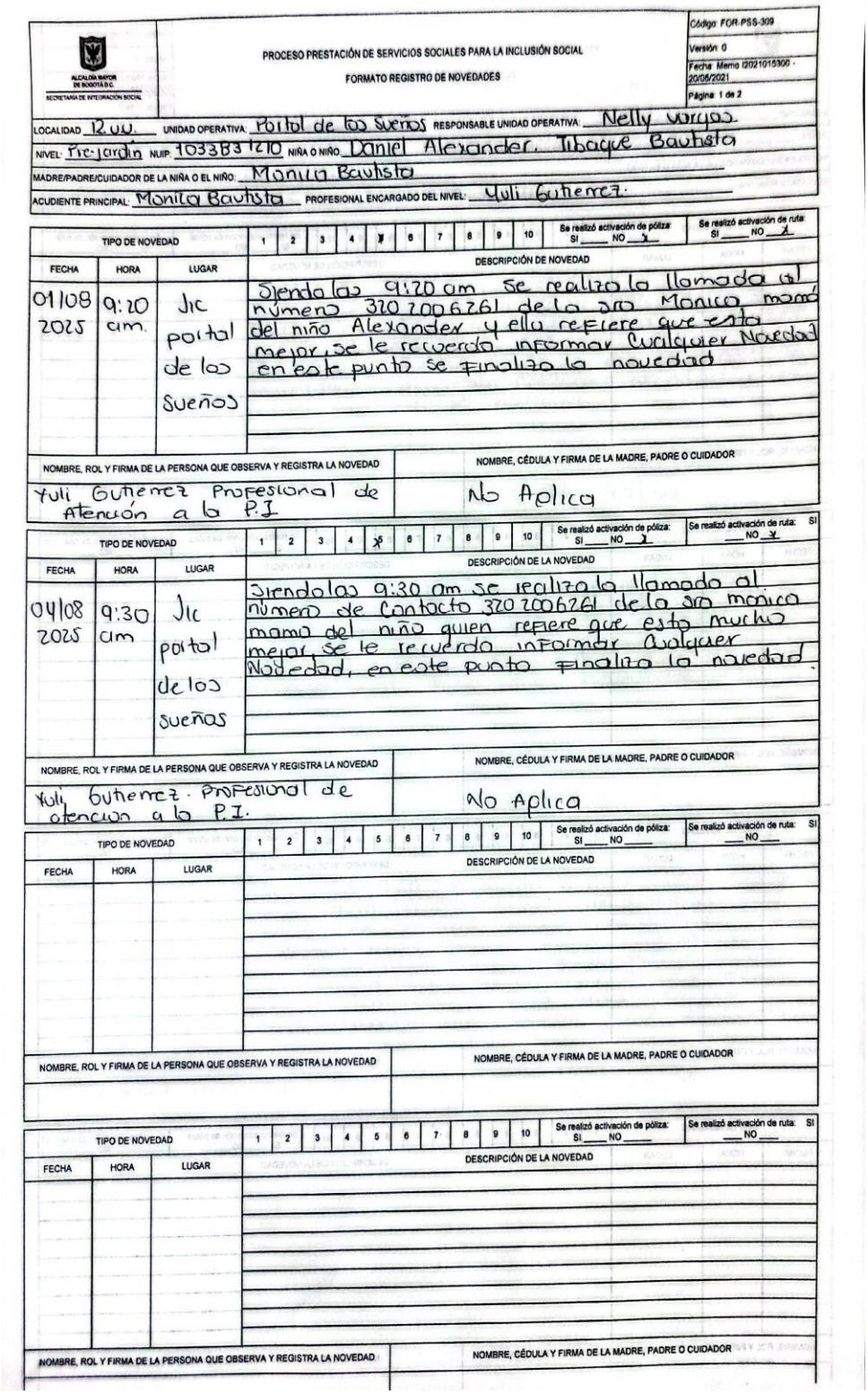
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA - RECOMENDACIONES:- Evitar contacto con otras personas enfermas o con gripe- Realizar adecuado lavado manos con agua y jabón al niño y a los cuidadores, especialmente antes y después de ir al baño [illegible] del pañal y antes de cada comida.- Dar más líquido del habitual: lactancia materna, fórmula láctea, jugos naturales preparados con agua [illegible] lavados nasales a necesidad mantener permeabilidad nasal.- No suministrar medicamentos que no hayan sido formu[illegible] jarabes para la tos, expectora mucolíticos o antibióticos.- No suspenda los medicamentos indicados por su médico ante[illegible]oria del niño(a).- En caso d la madre, o los cuidadores se encuentren con infección respiratoria aguda deben estar el[illegible]ndose con tapabocas.- Siempr debe usar tapabocas- No fume ni permita que otros fumen cerca al niño(a)- No es necesar[illegible] lactancia materna siempre y cuando la mad proteja con tapabocas.SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA INMEDIATA A URGEN[illegible] dificultad respiratoria: Respiración rápida, hundimiento piel alrededor de las costillas, aleteo nasal, se pone morado, quejido al respirar, le silba [illegible] al respirar, deja de respirar o hacer pausas al respira Habla fatigado(a) o no puede hablar por la fatiga- Lo nota somnoliento, no se despierta [illegible]ilidad, está inconsciente.- Empeora el estado general o mejora- No come/bebe nada, o vomita todo lo que come.- Fiebre durante más de 5 días.

Nombre reporte : INRPRemisionEntrada

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

- **DANIEL ALEXANDER TIBAQUE BAUTISTA**

NOVEDAD 1 AL 4 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: 12 Usme UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Pre-jardín NUIP: 1033B31210 NIÑA O NIÑO: Daniel Alexander. Tibaque Bautista
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Monica Bautista
ACUDIENTE PRINCIPAL: Monita Bautista 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
01/08 2025	9:20 am.	Jic portal de los Sueños	Siendo las 9:20 am se realiza la llamada al número 320 200 6261 de la sra Monica mamá del niño Alexander y ella refiere que esta mejor, se le recuerda informar Cualquier Novedad en este punto se 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	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	9:30 am	Jic portal de los Sueños	Siendo las 9:30 am se realiza la llamada al número de Contacto 320 200 6261 de la sra monica mama del niño quien refiere que esta mucho mejor, se le recuerda informar Cualquier 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
Yuli Gutierrez. 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

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 INCAPACIDAD DEL 1 AL 4

Secretaria 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

CONSTANCIA

Nº280468

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:	30/julio/2025 05:30 p. m.				
Médico:	1052397596	LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ			
Informacion Paciente:	DANIEL ALEXANDER TIBAQUE BAUTISTA		**Tipo Paciente:**	Subsidiado	**Sexo:** Masculino
Tipo Documento:	RegistroCivil	**Numero:** 1033831210	**Edad:** 3 Años / 7 Meses / 1 Dias		**F. Nacimiento:** 28/12/2021
E.P.S:	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA SIGLA NUEVA EPS SA			
Entidad:					
Area de Servico:	SDTU03 - DIANA TURBAY CONSULTA URGENCIAS PEDIATRICAS				

DETALLE DE LA CONSTANCIA

PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES MEDICOS DE IMPORTANCIA QUIEN COSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENE EN TOS HUMEDA CONGESTION NASAL EPISTAXIS, ASTENIA, ADINAMIA,HIPOREXIA PICOS FEBRILES CUATIFICADOS 39°C ACTUALMENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE METAS, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA, TOLERANDO OXÍGENO AMBIENTE CON SATURACIÓN DE 99%, TOLERANDO VÍA ORAL, CON DIURESIS POSITIVA, HÁBITO INTESTINAL NORMAL, AFEBRIL, SIN SIGNOS MENÍNGEOS, SIN PALPITACIONES, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN ALTERACIONES VISUALES.

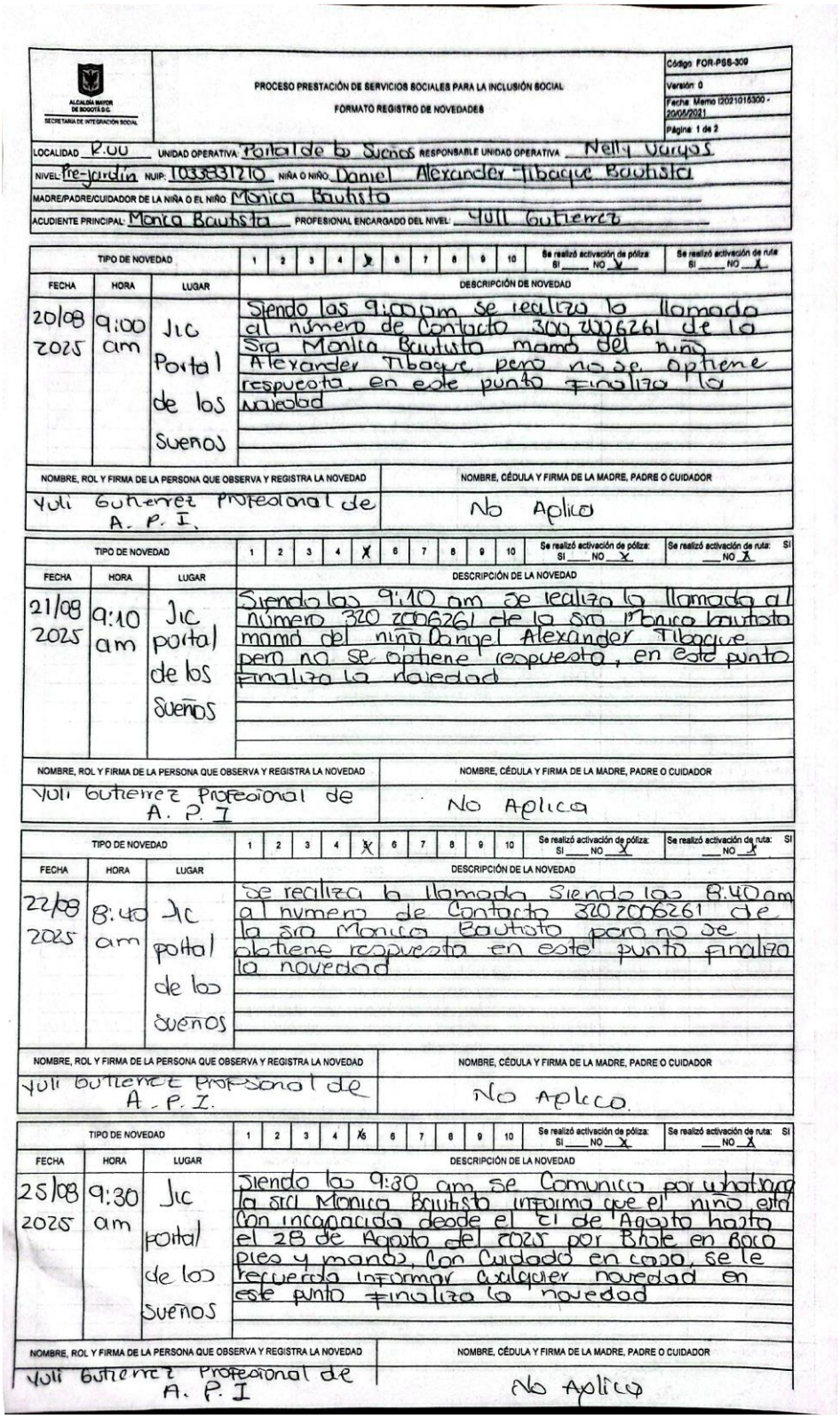
PACIENTE QUE RECIBE ATENCION EN EL CAPS DIANA TURNBAY POR CUADRO CLINICO DE BRONQUITIS AGUDA Y HIPERTROFIA AMIGDALINA

SE RECOMIENDA AISLAMIENTO EN CASA POR 6 DIAS

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

- RECOMENDACIONES:- Evitar contacto con otras personas enfermas o con gripe- Realizar adecuado lavado de manos con agua y jabón al niño y a los cuidadores, especialmente antes y después de ir al baño o cambiar el pañal y antes de cada comida.- Dar más líquido del habitual: lactancia materna, fórmula láctea, jugos naturales preparados con agua potable o hervida.- Realizar lavados nasales a necesidad, mantener permeabilidad nasal.- No suministrar medicamentos que no hayan sido formulados por el médico, en especial jarabes para la tos, expectorantes, mucolíticos o antibióticos.- No suspenda los medicamentos indicados por su médico antes del tiempo indicado así vea mejoría del niño(a).- En caso de que la madre, o los cuidadores se encuentren con infección respiratoria aguda deben estar en contacto con el niño protegiéndose con tapabocas.- Siempre se debe usar tapabocas- No fume ni permita que otros fumen cerca al niño(a)- No es necesario suspender la lactancia materna siempre y cuando la madre se proteja con tapabocas.SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA INMEDIATA A URGENCIAS- Dificultad respiratoria: Respiración rápida, hundimiento de la piel alrededor de las costillas, aleteo nasal, se pone morado, quejido al respirar, le silba el pecho al respirar, deja de respirar o hacer pausas al respirar.- Habla fatigado(a) o no puede hablar por la fatiga- Lo nota somnoliento, no se despierta con facilidad, está inconsciente.- Empeora el estado general o no mejora- No come/bebe nada, o vomita todo lo que come.- Fiebre durante más de 5 días.

NOVEDAD DEL 21 AL 28 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 I2021016300 - 20/05/2021 | Página: 1 de 2

LOCALIDAD: R.U.U | 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	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	9:00 am	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 9:00 am se realizo la llamada al número de Contacto 300 2006261 de la Sra Monica Bautista mamá del niño Alexander Tibaque 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 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
21/08 2025	9:10 am	JIC portal de los Sueños	Siendo las 9:10 am se realiza la llamada al número 320 2006261 de la Sra Monica bautista mamá del niño Daniel Alexander Tibaque 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 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
22/08 2025	8:40 am	JIC portal de los Sueños	se realiza la llamada Siendo las 8:40 am al numero de Contacto 320 2006261 de la Sra Monica Bautista pero no se obtiene 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 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
25/08 2025	9:30 am	JIC portal de los Sueños	Siendo las 9:30 am se Comunica por whatsapp la Sra Monica Bautista informa que el niño esta con incapacidad desde el 21 de Agosto hasta el 28 de Agosto del 2025 por Brote en Boca pies y manos. Con Cuidado en casa, se le recuerda informar cualquier 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
Yuli Gutierrez Profesional de A. P. I	No Aplica

SOPORTE DEL 21 AL 28 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

CONSTANCIA

N°282981

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:	21/agosto/2025 01:42 p. m.				
Médico:	1052397596	LUCIO ALEXANDER ACERO RODRIGUEZ			
Informacion Paciente:	DANIEL ALEXANDER TIBAQUE BAUTISTA		**Tipo Paciente:**	Contributivo	**Sexo:** Masculino
Tipo Documento:	RegistroCivil	**Numero:** 1033831210	**Edad:** 3 Años / 7 Meses / 23 Días		**F. Nacimiento:** 28/12/2021
E.P.S:	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA SIGLA NUEVA EPS SA			
Entidad:					
Area de Servicio:	5DTU01 - DIANA TURBAY CONSULTA URGENCIAS ADULTOS				

DETALLE DE LA CONSTANCIA

PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES MEDICOS DE IMPORTANCIA QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LESIONES MACULOPAPULOSAS ERITEMATOSAS DESCAMATIVAS EN CARA Y EXTREMIDADES ASOCIAOD A PICOS FEBRILES 39°C .

HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES EN META, TOLERANDO OXÍGENO AMBIENTE SIN REQUERIMIENTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO,AFEBRIL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE, SIN SIGNOS DE SIRS, HÁBITO MICCIONAL POSITIO, HÁBITO INTESTINAL POSITIVO SE BRINDA EDUCACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR EL SERVICIO DE URGENCIAS. SE EXPLICA PLAN DE MANEJO Y CONDUCTA A SEGUIR LA CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

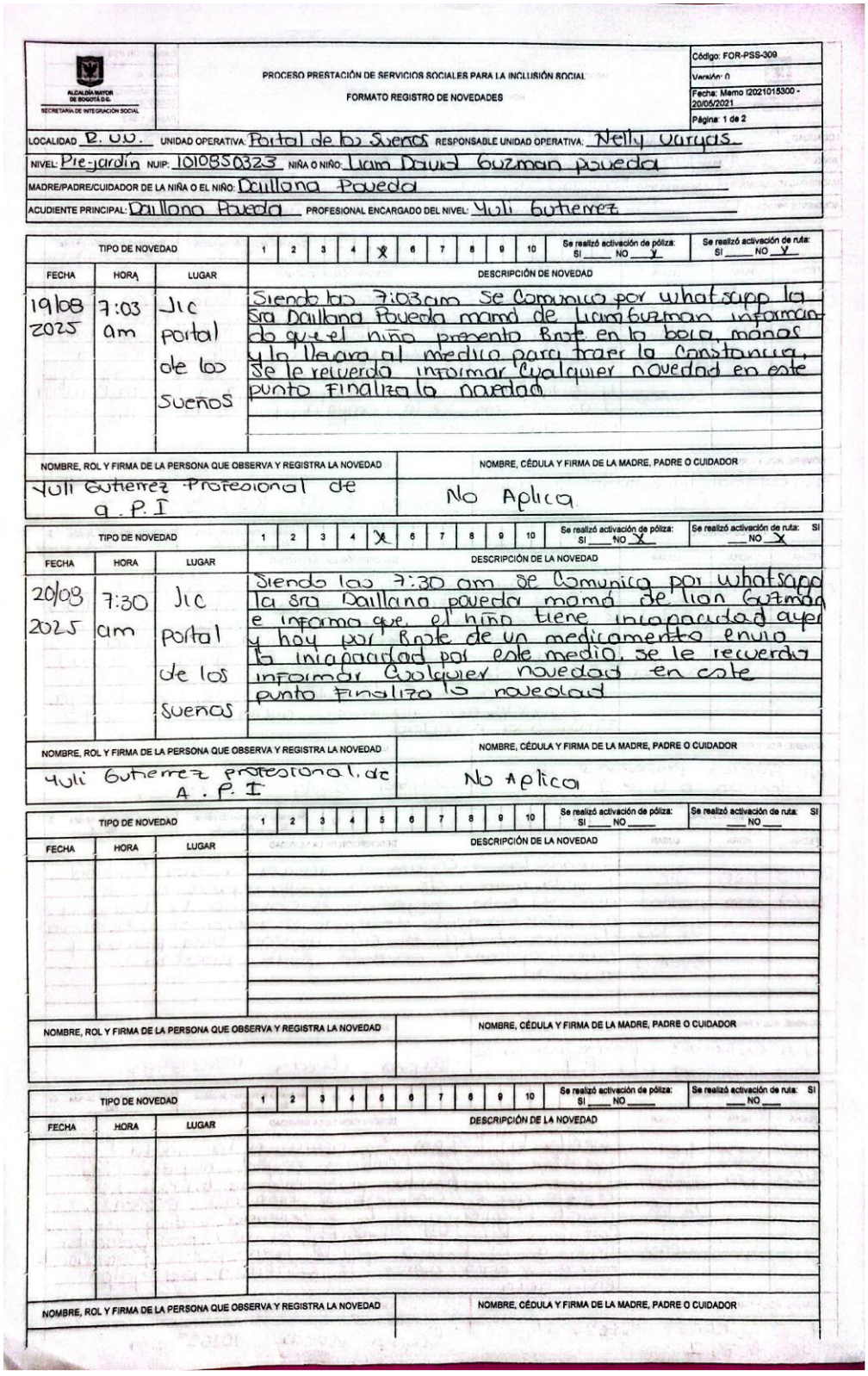
PACIENTE QUIEN CONSULTA EN EL CAPS DIANA TURBAY POR CUADRO CLINICO DE IMPETIGO AMPOLLOSO

SE RECOMIENDA MANEJO EN CASA POR 8 DIAS

RECOMENDACIONES GENERALES EGRESO
VAYA A UN SERVICIO DE URGENCIAS O LLAME AL NÚMERO LOCAL DE EMERGENCIAS Y SOLICITE AYUDA PARA PROBLEMAS TALES COMO:PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE MANEJO MÉDICO INSTAURADO EMPEORAMIENTO DE SU ESTADO GENERAL NUEVO SÍNTOMA DIFERENTE AL MOTIVO POR EL QUE CONSULTÓ DIFICULTAD PARA RESPIRAR DESVANECIMIENTO, DESMAYO QUE NO PUEDA COMER O BEBER NADA DOLOR EN EL BRAZO O LA MANDÍBULA DOLOR DE CABEZA INUSUAL O FUERTE, SOBRE TODO SI SE INICIÓ DE REPENTE INCAPACIDAD REPENTINA PARA HABLAR, VER, CAMINAR O MOVERSE DEBILIDAD O CAÍDA REPENTINA EN UN LADO DEL CUERPO MAREO O DEBILIDAD QUE NO DESAPARECE CONFUSIÓN REPENTINA SANGRADO ABUNDANTE TOS O VÓMITOS CON SANGRE DOLOR INTENSO EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HINCHAZÓN, URTICARIA FIEBRE ALTA QUE NO CEDA CON MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS VÓMITO PERSISTENTE HECES SUELTAS QUE NO CESAN CON MOCO O SANGRE CONVULSIONES DOLOR ABDOMINAL DE PREDOMINIO EN FOSA ILÍACA DERECHA DOLOR TORÁCICO OPRESIVO RECUERDE SEGUIR LAS INDICACIONES SUGERIDAS, ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR HORARIO Y EL TIEMPO ESTABLECIDO Y CONSULTAR SI PRESENTA ALGÚN SIGNO DE ALARMA INDICADO

- **LIAM DAVID GUZMAN POVEDA**

NOVEDAD DEL 19 AL 20 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 12021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: B. UU. UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Urrutia
NIVEL: Pre-jardín NUIP: 1010850323 NIÑA O NIÑO: Liam David Guzman poveda
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Daillana Poveda
ACUDIENTE PRINCIPAL: Daillana 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 X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
19/08 2025	7:03 am	JIC portal de los Sueños	Siendo las 7:03am se Comunica por whatsapp la Sra Daillana Poveda mamá de Liam Guzman informando que el niño presento Brote en la boca, manos y la llevara al medico para traer la Constancia. Se le recuerda informar Cualquier 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
Yuli Gutierrez Profesional de 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
20/08 2025	7:30 am	JIC portal de los Sueños	Siendo las 7:30 am se Comunica por whatsapp la Sra Daillana poveda mamá de lian Guzmán e informa que el niño tiene incapacidad ayer y hoy por Brote de un medicamento envia la incapacidad por este medio. se le recuerda informar Cualquier 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
Yuli Gutierrez profesional de 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

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 19 AL 20 INCAPACIDAD MEDICA

Impreso con Software Globho www.globho.com Producto/Servicio de Grafosoft SAS Nit. 901084328

MOVILMEDIC@
Atención integral domiciliaria

Movilmedica atención integral domiciliaria SAS
NIT: 901318712 - 0
AK 30 25B 19 PISO 1
3228400020

INCAPACIDAD
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
392108

PACIENTE: RC 1010850323 LIAM DAVID GUZMAN POVEDA FECHA DE NACIMIENTO: 13/08/2021, EDAD: 4 años, 0 meses y 6 días DIRECCIÓN: BOGOTA D.C, Calle 50c sur #5c-43 TELÉFONO: 3045698561 RÉGIMEN: Tomador/Amparado Planes Voluntarios de salud ADMINISTRADORA: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S - EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESION / PLAN PREMIUM	FECHA DE EMISIÓN 19/08/2025 18:16	**FECHA INICIAL: 19/08/2025** **FECHA FINAL : 20/08/2025** **DÍAS: 2**
	DIAGNOSTICO: B302 FARINGOCONJUNTIVITIS VIRAL L233 DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A DROGAS EN CONTACTO CON LA PIEL	

INFORMACIÓN DE INCAPACIDAD

PRESUNTO ORIGEN DE LA INCAPACIDAD: Comun
GRUPO DE SERVICIOS: Consulta externa
MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: Intramural
INCAPACIDAD RETROACTIVA: No
PRORROGA: No

DESCRIPCIÓN:
Manejo de infección viral aguda

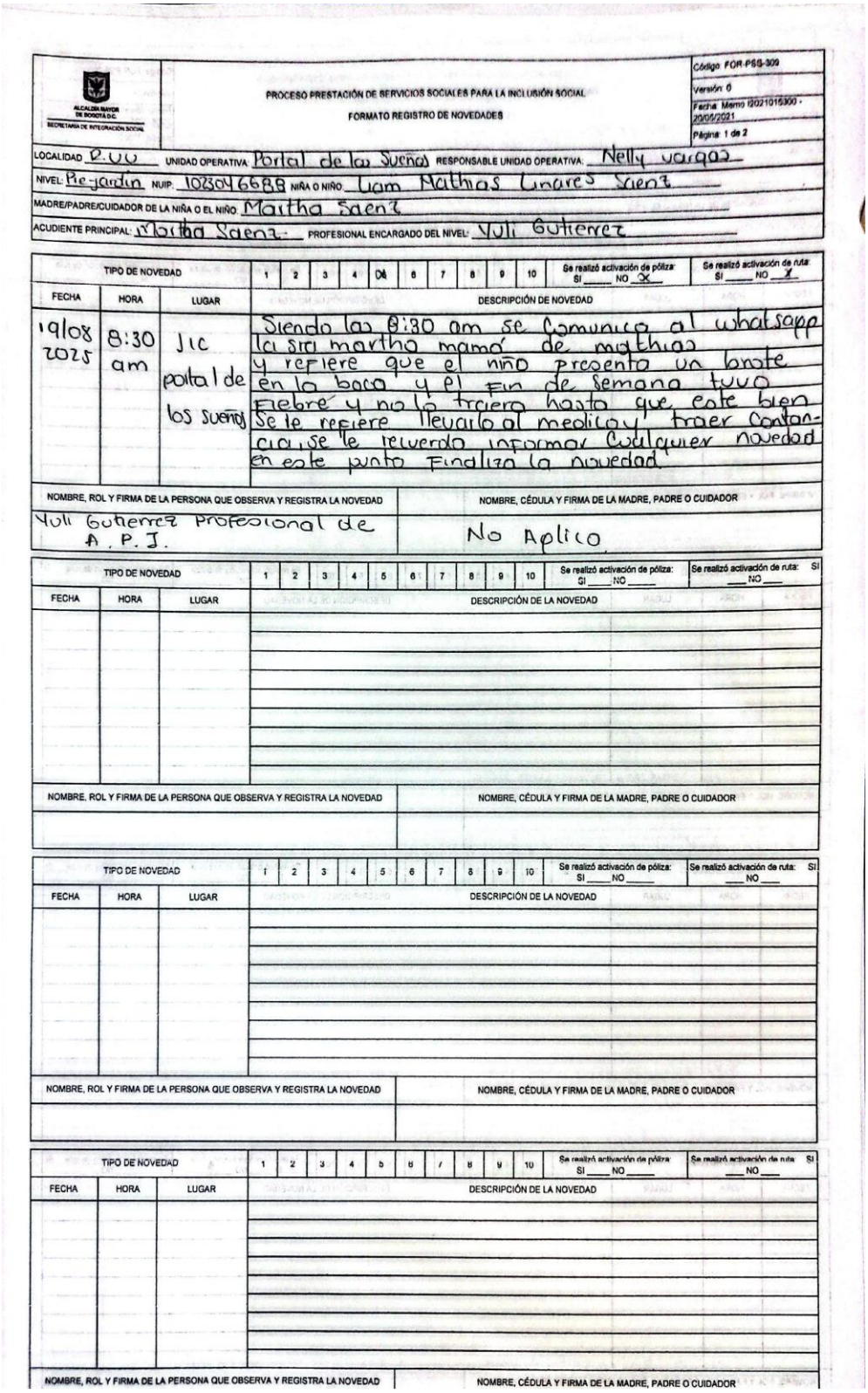
Fernando Calderón
Médico y Cirujano
R.M. 732298

FERNANDO ANTONIO CALDERON OCHOA
R.M. 1018430751
CC 1018430751

Yuli Gutierrez
Recibí
20/08/2025

- **LIAM MATHIAS LINARES SAENZ**

NOVEDAD DEL 15 AL 25 PERMISO CUIDADO EN CASA



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: B. UU UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly vargas
NIVEL: Prejardín NUIP: 1023046688 NIÑA O NIÑO: Liam Mathias Linares Saenz
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Martha Saenz
ACUDIENTE PRINCIPAL: Martha Saenz 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
19/08/2025	8:30 am	Jic portal de los sueños	Siendo las 8:30 am se Comunica al whatsapp la sra martha mamá de mathias y refiere que el niño presenta un brote en la boca y el Fin de semana tuvo Fiebre y no lo traiera hasta que este bien Se le refiere llevarlo al medico y traer Constancia, se le reiverdo informar Cualquier 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
Yuli Gutierrez Profesional de A. P. J.	No Aplico

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 15 AL 25 CARTA PERMISO CUIDADO EN CASA

Bogotá, 22 de agosto de 2025

Señores
JARDÍN INFANTIL PORTAL DE LOS SUEÑOS
Ciudad

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito informar la **no asistencia de mi hijo, LIAM MATHIAS LINARES SAENZ**, identificado con Registro Civil No. **1023046688**, desde el **15 de agosto de 2025** hasta el **25 de agosto de 2025**, debido a un cuadro de **virosis**, el cual ha sido tratado en casa.

Es importante mencionar que posiblemente el contagio se produjo en el mismo jardín infantil.

Agradezco la atención prestada y quedo atenta a cualquier información o requerimiento adicional.

Cordialmente,

Martha Liliana Sáenz Hernández
C.C. 1022962581
Teléfono: 320 3271897

Recibido
Yuli Gutierrez
22/08/2025