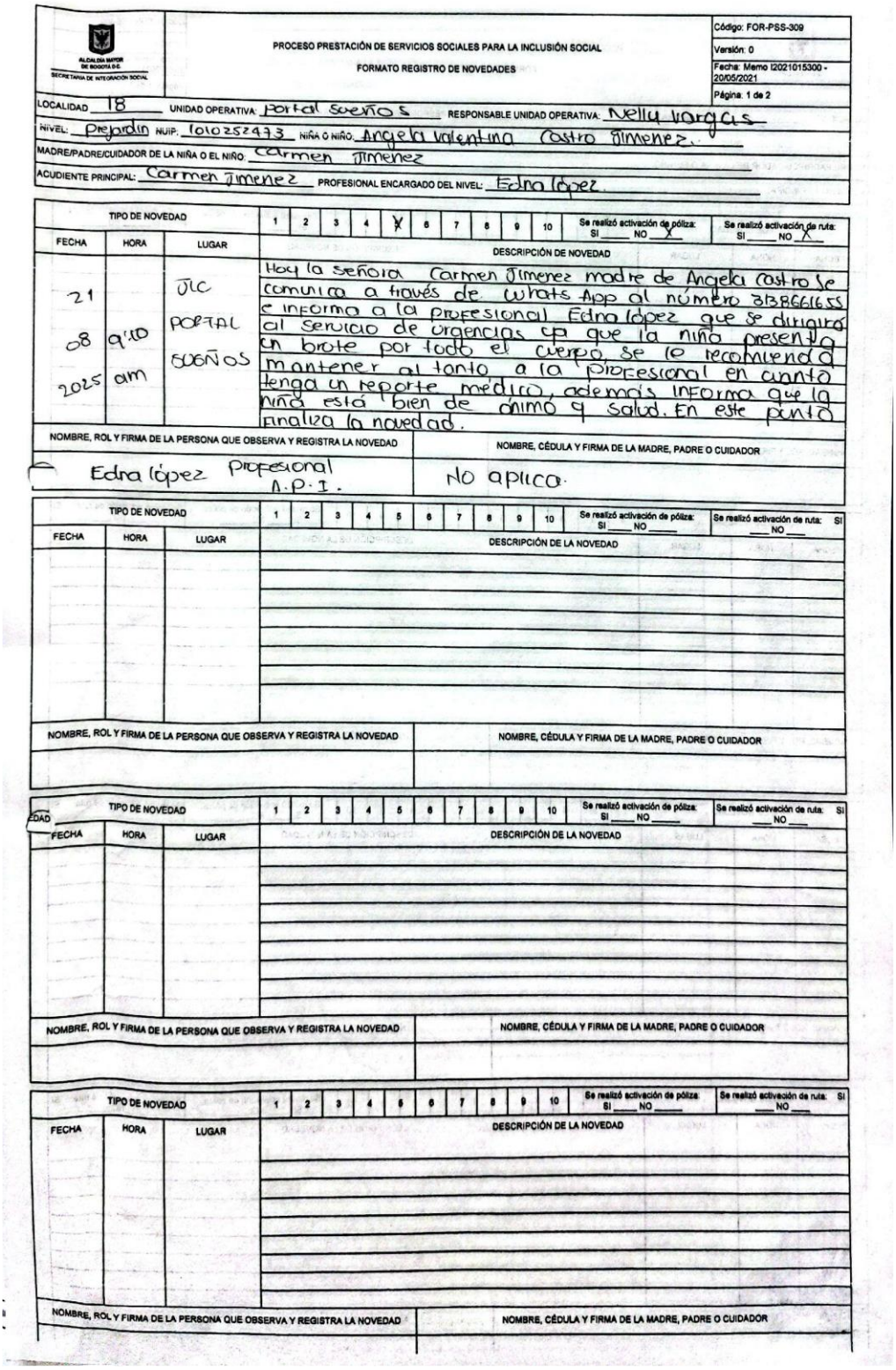
- **ANGELA VALENTINA CASTRO**

NOVEDAD DEL 21 AL 22 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 Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Prejardín NUIP: 1010252473 NIÑA O NIÑO: Angela Valentina Castro Jimenez.
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Carmen Jimenez
ACUDIENTE PRINCIPAL: Carmen Jimenez 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
21 08 2025	9:10 am	JLC PORTAL SUEÑOS	Hoy la señora Carmen Jimenez madre de Angela Castro se comunica a través de whats App al número 3138666155 e informa a la profesional Edna López que se dirigirá al servicio de urgencias ya que la niña presenta un brote por todo el cuerpo, se le recomienda mantener al tanto a la profesional en cuanto tenga un reporte médico, además informa que la niña está bien de ánimo y salud. 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

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 21 AL 22 INCAPACIDAD MEDICA

Fecha Actual : jueves, 21 agosto 2025
Página 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

INCAPACIDAD MEDICA
N°214076

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHA Bogota D.C 21/08/2025
MEDICO 1022426504 GERALDIN JUNCO MENDOZA
INFORMACION PACIENTE ANGELA VALENTINA CASTRO JIMENEZ **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Femenino
TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1010252473 **EDAD** 3 Años / 8 Meses / 29 Dias **F. NACIMIENTO** 21/11/2021
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 3 **FECHA INICIAL** 21/agosto/2025 **FECHA FINAL** 23/agosto/2025
COD DX L509 - URTICARIA, NO ESPECIFICADA
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 GENERA INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS, FINALIZA EL 23/08/2025

Nombre Medico: JUNCO MENDOZA GERALDIN
Registro: 1022426504

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica Usuario: 1022426504
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Fecha Actual : jueves, 21 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

INDICACIÓN MEDICA
PEDIATRIA HISTORIA CLINICA DE INGRESO

Nº Historia Clinica: 1010252473 **Nº Folio:** 20 **Fecha Folio:** 21/08/2025 11:03:31 a. m. **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANGELA VALENTINA CASTRO JIMENEZ **Identificacion:** 1010252473 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 21/noviembre/20 **Edad Actual:** 3 Años / 8 Meses / 29 Dias 21 **Estado Civil:** Casado
Dirección: CL 50C 5 30 **Teléfono:** 13229234314
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficio: PGP CAPITAL SALUD EPS **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 0

DATOS DEL INGRESO

Responsable: .... **Teléfono Resp:** .
Dirección Resp: - **Nº Ingreso:** 18982307 **Fecha:** 21/08/2025 10:02:30 a. m.
Finalidad Consulta: Diagnostico **Causa Externa:** Enfermedad_general
Area de Servicio: 5DTU03 - DIANA TURBAY CONSULTA URGENCIAS PEDIATRICAS

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida

Detalle:
URGENCIAS - EGRESO HOSPITALARIO
ACETAMINOFEN 7.1 CC VO DOSIS UNICA ***AHORA***
DEXAMETASONA 2.8 MG IM DOSIS UNICA ***AHORA***

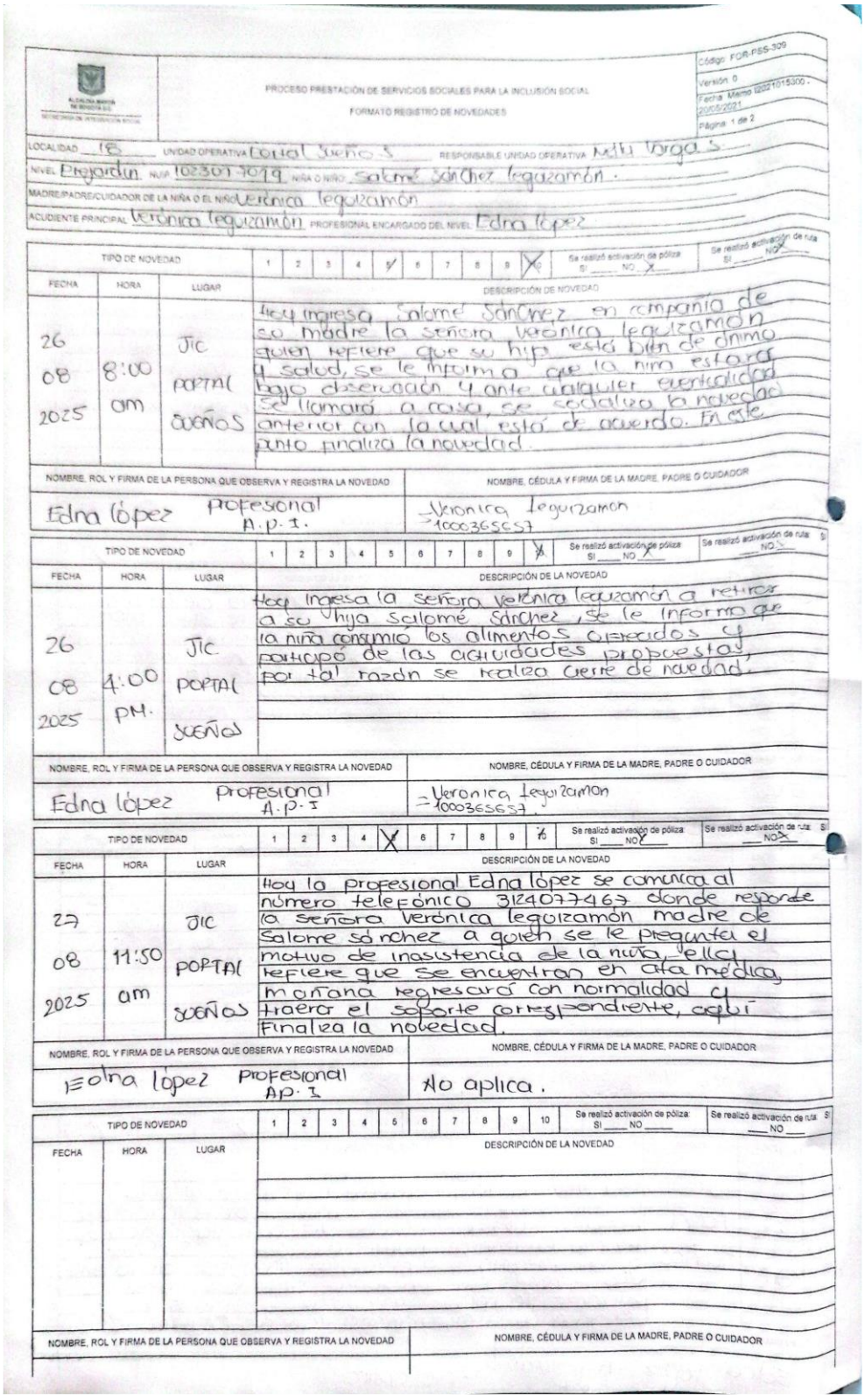
MANEJO AMBULATORIO:
ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML JARABE SUSPENSION ORAL, DAR 7.1 CC VÍA ORAL CADA 6 HORAS DURANTE 3 DIAS.
LORATADINA 5 MG/5 ML JARABE SUSPENSION ORAL , DAR 2.5 CC CADA 12 HORAS DURANTE 5 DIAS.
OXIDO DE ZINC 60 G (CALAMINA), TOPICO APLICAR EN REGION AFECTADA 4 VECES AL DIA EN LESIONES.
SE GENERA INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS
VALORACIÓN POR CONSULTA EXTERNA POR PEDIATRIA PARA SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR SU EPS.
SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

Condicion destino: Paciente_Destino_domicilio

Nombre reporte : HCRPReporteDBase toPagina 1022426504
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

- **ASHLY SALOME SANCHEZ LEGUIZAMON**

NOVEDAD DEL 27 CITA MEDICA



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo 20221015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 15 UNIDAD OPERATIVA: Coral Sueños 3 RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vega S.
NIVEL: Prejardín NUI: 1023077019 NIÑA O NIÑO: Salomé Sánchez Leguizamón.
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Verónica Leguizamón
ACUDIENTE PRINCIPAL: Verónica Leguizamón PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Edna López

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
26 08 2025	8:00 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy ingresa Salomé Sánchez en compañía de su madre la señora Verónica Leguizamón quien refiere que su hija está bien de ánimo y salud, se le informa que la niña estará bajo observación y ante cualquier eventualidad se llamará a casa, se socializa la novedad anterior con la cual está de acuerdo. 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.	Verónica Leguizamón 1000365657

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
26 08 2025	4:00 PM.	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy ingresa la señora Verónica Leguizamón a retirar a su hija Salomé Sánchez, se le informa que la niña consumió los alimentos ofrecidos y participó de las actividades propuestas por tal razón 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
Edna López Profesional A.P.I	Verónica Leguizamón 1000365657

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
				X								

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
27 08 2025	11:50 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy la profesional Edna López se comunica al número telefónico 3124077467 donde responde la señora Verónica Leguizamón madre de Salomé Sánchez a quien se le pregunta el motivo de inasistencia de la niña, ella refiere que se encuentran en cita médica, mañana regresará con normalidad y traerá el soporte correspondiente, aquí Finaliza la novedad.

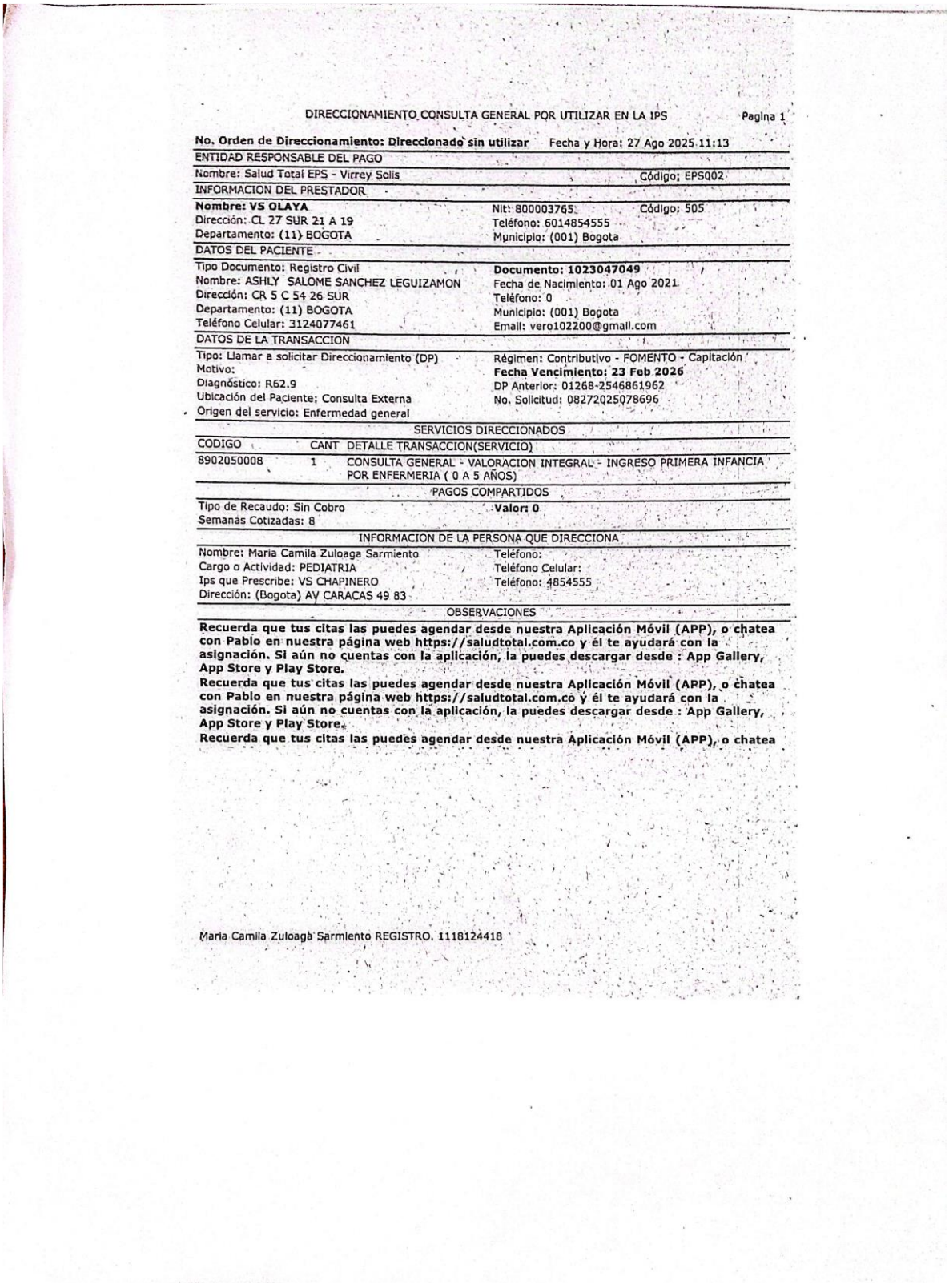
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Edna López Profesional Ap. I	No aplica.

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 27 CITA MEDICA



DIRECCIONAMIENTO CONSULTA GENERAL POR UTILIZAR EN LA IPS Pagina 1

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 27 Ago 2025 11:13

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS - Virrey Solis Código: EPS002

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: VS OLAYA Nit: 800003765 Código: 505
Dirección: CL 27 SUR 21 A 19 Teléfono: 6014854555
Departamento: (11) BOGOTA Municipio: (001) Bogota

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Registro Civil **Documento: 1023047049**
Nombre: ASHLY SALOME SANCHEZ LEGUIZAMON Fecha de Nacimiento: 01 Ago 2021
Dirección: CR 5 C 54 26 SUR Teléfono: 0
Departamento: (11) BOGOTA Municipio: (001) Bogota
Teléfono Celular: 3124077461 Email: vero102200@gmail.com

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - FOMENTO - Capitación
Motivo: **Fecha Vencimiento: 23 Feb 2026**
Diagnóstico: R62.9 DP Anterior: 01268-2546861962
Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 08272025078696
Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
8902050008	1	CONSULTA GENERAL - VALORACION INTEGRAL - INGRESO PRIMERA INFANCIA POR ENFERMERIA (0 A 5 AÑOS)

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Sin Cobro **Valor: 0**
Semanas Cotizadas: 8

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Maria Camila Zuloaga Sarmiento Teléfono:
Cargo o Actividad: PEDIATRIA Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS CHAPINERO Teléfono: 4854555
Dirección: (Bogota) AV CARACAS 49 83

OBSERVACIONES

Recuerda que tus citas las puedes agendar desde nuestra Aplicación Móvil (APP), o chatea con Pablo en nuestra página web https://saludtotal.com.co y él te ayudará con la asignación. Si aún no cuentas con la aplicación, la puedes descargar desde : App Gallery, App Store y Play Store.

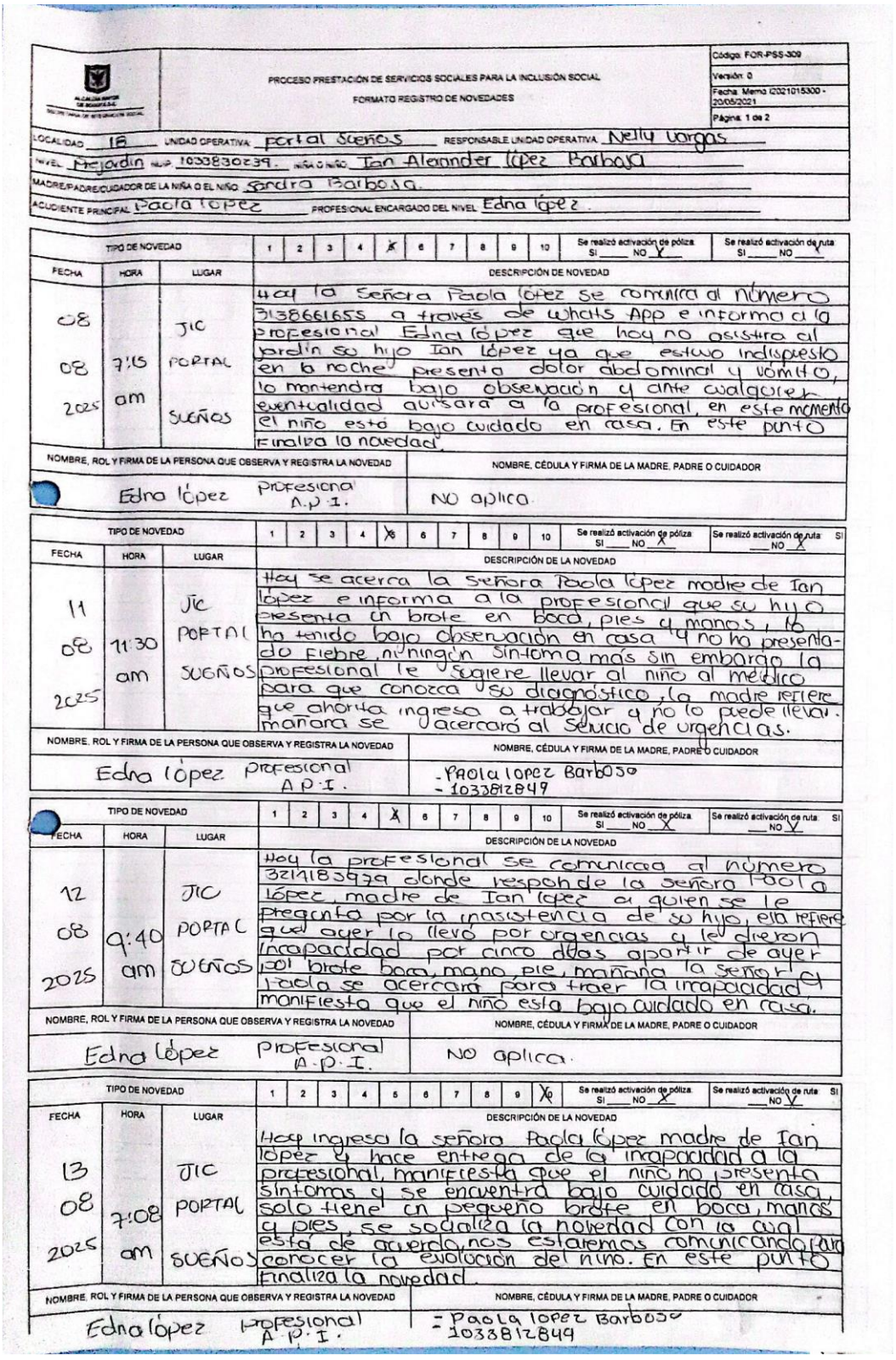
Recuerda que tus citas las puedes agendar desde nuestra Aplicación Móvil (APP), o chatea con Pablo en nuestra página web https://saludtotal.com.co y él te ayudará con la asignación. Si aún no cuentas con la aplicación, la puedes descargar desde : App Gallery, App Store y Play Store.

Recuerda que tus citas las puedes agendar desde nuestra Aplicación Móvil (APP), o chatea

Maria Camila Zuloaga Sarmiento REGISTRO. 1118124418

- **IAN ALEXANDER LOPEZ BARBOSA**

NOVEDAD DEL 13 AL 14 INCAPACIDAD MEDICA



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: Mejardin | NUIP: 1033830239 | NIÑA O NIÑO: Ian Alexander López Barbosa
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sandra Barbosa.
ACUDIENTE PRINCIPAL: Paola lopez | 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 ___

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
08 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, lo 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 comunicaa al número 3217185979 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

SOPORTE DEL 13 AL 14 INCAPACIDAD MEDICA

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

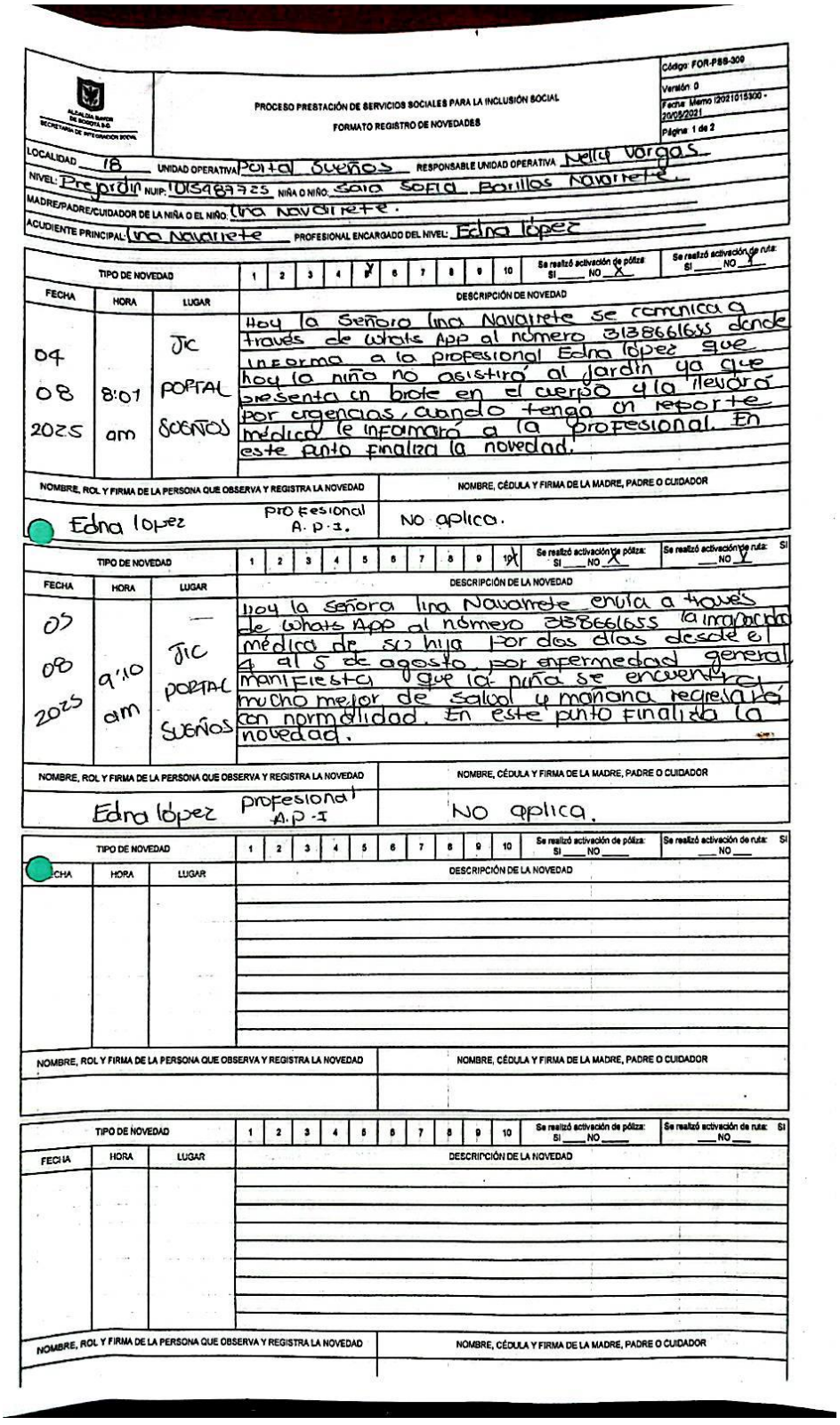
OBSERVACIONES: PACIENTE SIN SIGNOS DE ALARMA EN EL MOMENTO DE LA ATENCION SE DIRECCIONA A SU EPS PARA SER VALORADO POR CITA PRIORITARIA.

Yamile Josefa Monsalvo Manjarres

ESPECIALIDAD: ENFERMERIA

- **SARA SOFIA BARILLAS NAVARRETE**

NOVEDAD DEL 4 AL 5 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 20210153000 - 20/05/2021 | Página: 1 de 2

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

NIVEL: Prejardín NUIP: 1013983925 NIÑA O NIÑO: Sara SOFIA Barillas Navarrete

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Lina Navarrete.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Lina Navarrete 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 X NO ___

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
04 08 2025	8:01 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy la Señora Lina Navarrete se comunica a través de whats App al número 3138661655 donde informa a la profesional Edna López que hoy la niña no asistirá al jardín ya que presenta un brote en el cuerpo y la llevará por urgencias, cuando tenga un reporte médico le informara a la profesional. 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 lopez 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 X	Se realizó activación de ruta: SI X NO ___

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
05 08 2025	9:10 am	— JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy la señora lina Navarrete envía a través de whats App al número 3138661655 la incapacidad médica de su hija por dos días desde el 4 al 5 de agosto, por enfermedad general, manifiesta que la niña se encuentra mucho mejor de salud y mañana regresará 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

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 5 INCAPACIDAD MEDICA

RC - 1015487725 - SARA SOFIA BARILLAS NAVARRETE

Fecha impresión: 04/08/2025 14:03

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
NIT - 800149453 - 6
Todo Por La Salud y La Vida
Kr 20 23 23 Sur - 3612888 - Bogotá - Colombia

Centro Policlínico del Olaya

Orden Nº: 482517

Orden Incapacidades y/o licencias Código: OR009 Fecha y hora: 04/08/2025 14:03

Vigencia: 04/08/2025 - 05/08/2025 EAPB: S00130907 SALUD TOTAL EPS-S S.A. 4387-1--27 URGCAPITA CONTRIBUTIVO2020 Paciente: RC 1015487725 SARA SOFIA BARILLAS NAVARRETE Fecha de Nacimiento: 06/09/2021 Edad: 3 Años/10 Meses/28 Dias Sexo: Femenino Teléfono: 3058171 Dirección: CR 5 C N 50 C SUR 07 Tipo de usuario: Contributivo Via de Ingreso: Consulta externa Categoria: Categoria A

Diagnósticos
Principal Ingreso: T784 Tipo principal: Impresión Diagnóstica,

Causa externa: Enfermedad general Ocupación: No aplica Tipo vinculación: Contributivo

Dias de Incapacidad: 2 Prórroga: No

Observaciones:

Especialidad: MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL

Código Entidad Prestadora: 100112529701 Grupo De Servicios: 01 Consulta Externa Modalidad De La Prestación Del Servicio: 01 Intramural Origen De La Incapacidad: Común

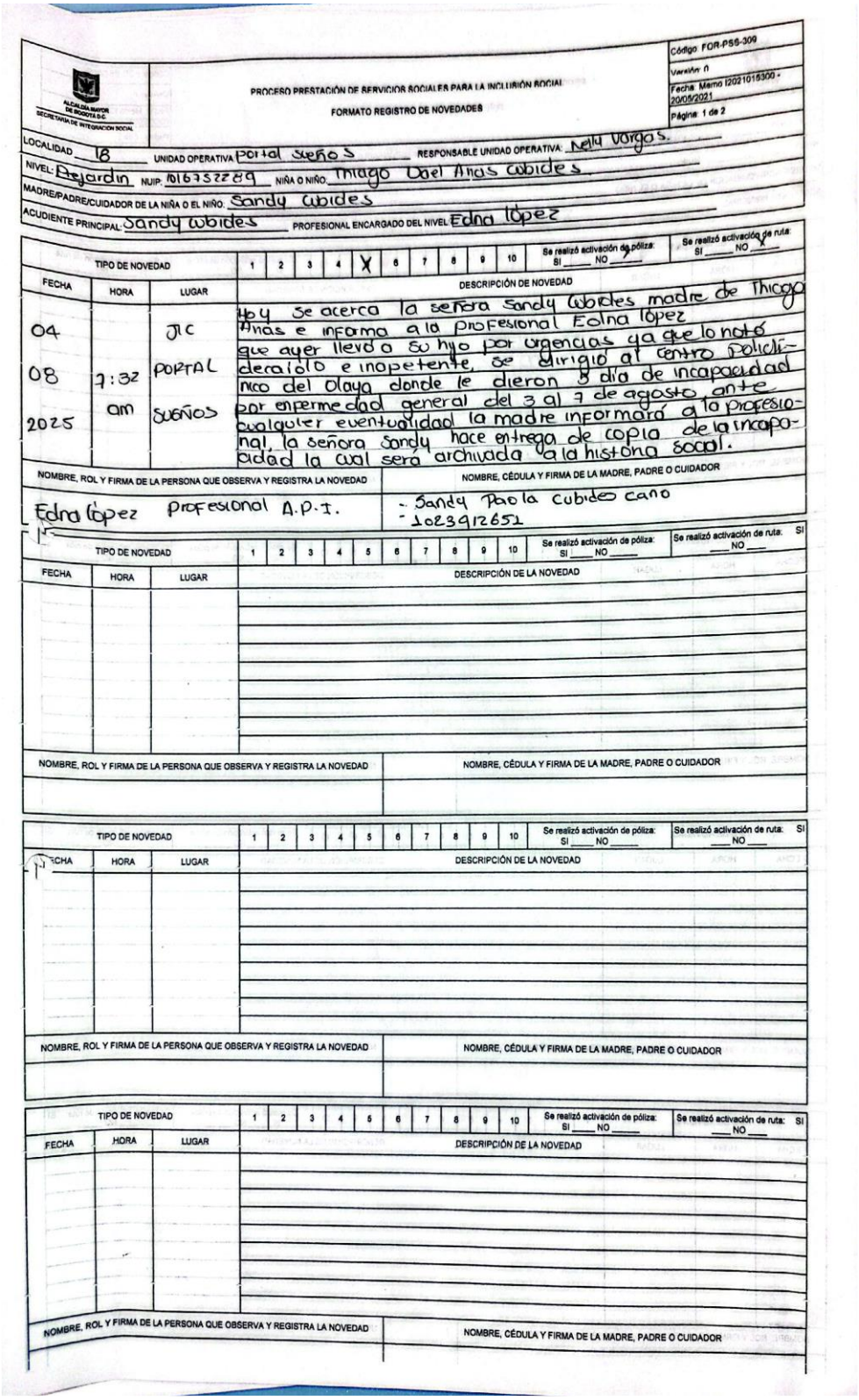
Maria A. Manjarrés Cañas.

RIA ALEJANDRA MANJARRES CAÑAS CC 1065650074
le registro:
ICINA GENERAL MEDICINA GENERAL

Firma usuario

- **THIAGO DAEL ARIAS CUBIDES**

NOVEDAD DEL 4 AL 6 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-PS6-309
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: 1016732289 NIÑA O NIÑO: Thiago Dael Arias Cubides
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Sandy Cubides
ACUDIENTE PRINCIPAL: Sandy Cubides 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 ____	Se realizó activación de ruta: SI X NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
04 08 2025	7:32 am	JIC PORTAL SUEÑOS	Hoy se acerca la señora Sandy Cubides madre de Thiago Arias e informa a la profesional Edna López que ayer llevó a su hijo por urgencias ya que lo notó decaído e inapetente, se dirigió al centro policlínico del Olaya donde le dieron 3 día de incapacidad por enfermedad general del 3 al 7 de agosto ante cualquier eventualidad la madre informará a la profesional, la señora Sandy hace entrega de copia de la incapacidad la cual sera archivada a la historia social.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Edna López Profesional A.P.I.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: - Sandy Paola Cubides cano - 1023912651

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 6 INCAPACIDAD MEDICA

RC - 10[illegible]752908 - THIAGO DAEL ARIAS CUBIDES

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
NIT - 900149453 - 6
Todo Por La Salud y La Vida
Kr 20 23 23 Sur - 3612888 - Bogotá - Colombia

Centro Policlínico del Olaya

Orden N°: 482251

Orden Incapacidades y/o licencias Código: OR009 Fecha y hora: 03/08/2025 18:58

Vigencia: 03/08/2025 - 07/08/2025 EAPB: 800130907 SALUD TOTAL EPS-S S.A 4387-1--27 URGCAPITA CONTRIBUTIVO2020 Paciente: RC 1016752908 THIAGO DAEL ARIAS CUBIDES Fecha de Nacimiento: 14/10/2021 Edad: 3 Años/9 Meses/20 Días Sexo: Masculino Teléfono: 0 Dirección: CR 5 B 61 C 44 SUR Tipo de usuario: Contributivo Via de Ingreso: Consulta externa Categoría: Categoría A

Diagnósticos
Principal Ingreso: B349 Tipo principal: Impresión Diagnóstica.

Causa externa: Enfermedad general Ocupación: No aplica Tipo vinculación: Contributivo

Dias de Incapacidad: 5 Prórroga: No

Observaciones:

Especialidad: MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL

Código Entidad Prestadora: 100112529701 Grupo De Servicios: 01 Consulta Externa Modalidad De La Prestación Del Servicio: 01 Intramural Origen De La Incapacidad: Común

CRISTIAN ANDRES CARDONA VEGA RM 1030591284
N° de registro: 1030591284
MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL

Firma usuario