PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PRS-309
Versión: 3
Fecha Memo: 02/10/2020
Página: 1 de 1

LOCALIDAD: USME | UNIDAD OPERATIVA: JE VOZ DE ALERTA | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: XIOMARA ALEXANDRA PINZÓN NIÑO

NIVEL: Prejardín NUIP: 1032577776 NIÑA O NIÑO: Matias Alvarez Delgadillo

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

ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Delgadillo PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Angie Moreno - Diana Beltran

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
13/08 2025	10:32	Casa	Siendo las 10:32 nos comunicamos al número 3204584603, la señora Angie Delgadillo responde la llamada e informa que Sr hijo Matias Alvarez no asistio hoy al jardin, teniendo en cuenta que la noche anterior presento fiebre, se le sugiere llevarlo al medico segun su evolucion, tambien se le recuerda que la anterior información queda bajo novedad. Hasta este punto va el registro.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Beltrán - Profesional de atención a Primera Infancia	No Aplica

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
14/08 2025	09:26	Casa	Siendo las 09:26 nos comunicamos al número 3204584603, la señora Angie Delgadillo respondio la llamada telefonica e informa que su hijo desde anoche no ha vuelto a presentar fiebre y hoy amanecio mucho mejor, sin embargo hoy no asistio teniendo en cuenta que hoy tenia cita con medicina general, se le recuerda a la mama que esta información queda bajo novedad. Hasta este punto llega el registro

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Beltrán - Profesional de atención a la Primera Infancia	No Aplica

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: F-GIP-155-309
Versión: 0
Fecha: Memo 20210153000 20/04/2021
Página: 1 de 1

LOCALIDAD: USME UNIDAD OPERATIVA: JIC VOZ DE ALERTA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: XIOMARA ALEXANDRA PINZÓN NIÑO

NIVEL: Pre Jardín NUIP: 1023047466 NIÑA O NIÑO: Samuel Felipe Pardo Munevar

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Darlin Munevar

ACUDIENTE PRINCIPAL: Darlin Munevar PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Angie Mateus - Diana Beltrán

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
14/08/2025	13:29	Casa	Siendo las 13:29 Se detuvo Comunicación al número 3138233869 la señora Darlin Munevar es quien responde la llamada e informa que su hijo Samuel pardo no ha asistido al jardín teniendo en cuenta que ha estado con poco envolatada, haciendo diligencias personales por esta razón no ha asistido el niño, de igual forma manifiesta que el niño esta muy bien, se le reporta que la anterior información queda bajo reserva hasta este punto

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Beltrán - Profesional de atención a 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

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.
900950051

CONSTANCIA

Nº281946

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:	13/agosto/2025 11:04 a. m.				
Médico:	79319224	JAIRO MANUEL PINILLA BAER			
Información Paciente:	OSCARLY ALEXANDRA BETANCOURT OCHOA		**Tipo Paciente**	Vinculado	**Sexo:** Femen
Tipo Documento:	PermisoProteccionTe mporal	**Numero:** 8172498	**Edad:**	3 Años / 9 Meses / 26 Días	**F. Nacimiento:** 16/10/2
E.P.S.:	EFD127	CONTRATO EFDS CO1 PCCNTR 7806330 DEL 2025			
Entidad:					
Area de Servicio:	3BLH05 - SAN BLAS HOSPITALIZACION PEDIATRIA				

DETALLE DE LA CONSTANCIA

CERTIFICO QUE LA PACIENTE ARRIBA ANOTADA ESTUVO HOSPITALIZADA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE ESTA INSTITUCIÓN DESDE 06/08/2025 HASTA EL 13/08/2025.
LA PACIENTE POR SU CONDICIÓN DE MENOR DE EDAD Y PATOLOGIA, REQUIRIÓ ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN POR UN ADULTO RESPONSABLE.
SE MEDICA E INCAPACITA HASTA EL 15/08/2025

ATENTAMENTE,

Jairo M. Pinilla Baer
Médico Cirujano
Hospitalización SBL E.S.E.
C.C. 79.319.224 R.M. 13786

Nombre reporte : INRPRemisionEntrada

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900950051-7]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código FOR-PSS-309 Versión 0 Fecha Memo (2021015300 - 20/05/2021 Página 1 de 1

LOCALIDAD USME UNIDAD OPERATIVA JIC VOZ DE ALERTA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA XIOMARA ALEXANDRA PINZÓN NIÑO

NIVEL Jardín NUIP 1057711483 NIÑA O NIÑO Maria Isabella Contador Conedor

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Maria Conedor

ACUDIENTE PRINCIPAL Maria Conedor PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Angie Moreno - Diana Beltran

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 NOVEDAD
13/08 2025	16:25	Jardín	Siendo las 16:25 se realizo la ultima llamada telefonica al número 3502647554, el cual corresponde a la señora Maria Conedor, mama de la niña Isabella Contador Pero no fue posible la comunicación, teniendo en cuenta que se iba a correo de voz. Hasta este punto va el registro

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Beltran - Profesional de atención a la primera infancia.	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
					X							

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
14/08 2025	16:00	Jardín	Siendo las 16:00 Se realizo la ultima llamada telefonica al numero 3502647554, el cual corresponde a la Señora Maria Contador quien es mama de la niña Isabella Contador pero hoy tampoco se obtuvo comunicación, teniendo en cuenta que se va a correo de voz, se envio mensaje via whatsapp pero tampoco se obtuvo respuesta. Hasta este punto llega el registro

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Beltran - Profesional de atención a la 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

Powered by CamScanner