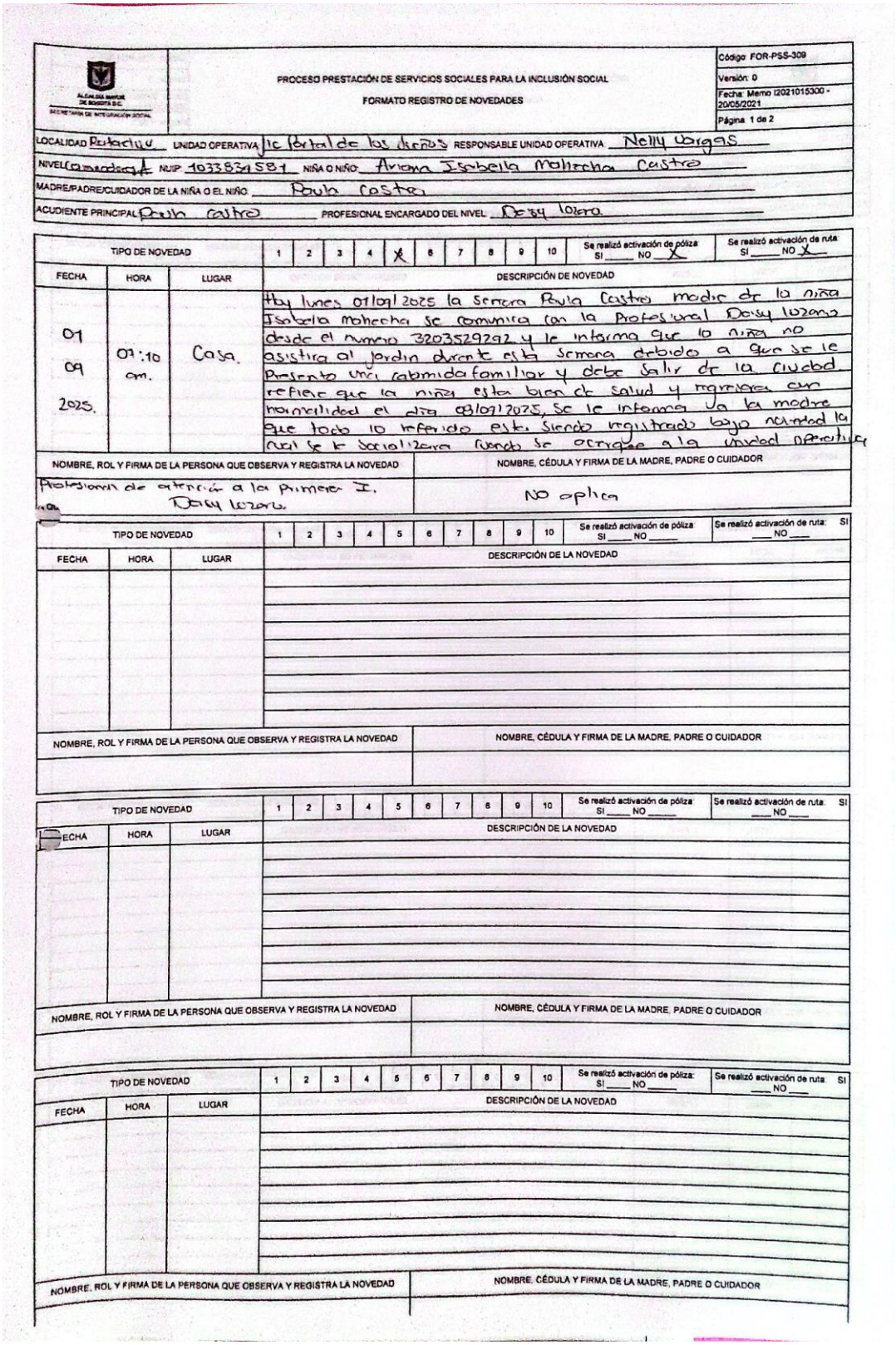
- **ARIANNA ISABELLA MAHECHA CASTRO**

NOVEDAD DEL 1 AL 5 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-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página 1 de 2

LOCALIDAD Rafael U. UNIDAD OPERATIVA Ic Portal de los Arces RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Nelly Vargas

NIVEL Caminadores A NUIP 1033834581 NIÑA O NIÑO Ariana Isabella Mahecha Castro

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Paula Castro

ACUDIENTE PRINCIPAL Paula Castro PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Deisy Lozano

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 09 2025.	07:10 am.	Casa.	Hoy lunes 01/09/2025 la señora Paula Castro madre de la niña Isabella Mahecha se comunica con la Profesional Deisy Lozano desde el número 3203529292 y le informa que la niña no asistira al jardin durante esta semana debido a que se le presento una cabmio familiar y debe salir de la ciudad refiere que la niña esta bien de salud y regresara con normalidad el dia 08/09/2025, se le informa ya la madre que todo lo referido esta siendo registrado bajo novedad la cual se le socializara cuando se ocurra a la unidad operativa

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional de atención a la primera I. Deisy Lozano.	No aplica

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

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

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

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

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

CARTA PERMISO DE VIAJE

Bogota DC. Septiembre 01 de 2025.

Señores
Jardin Portal de los Sueños
Cordial Saludo

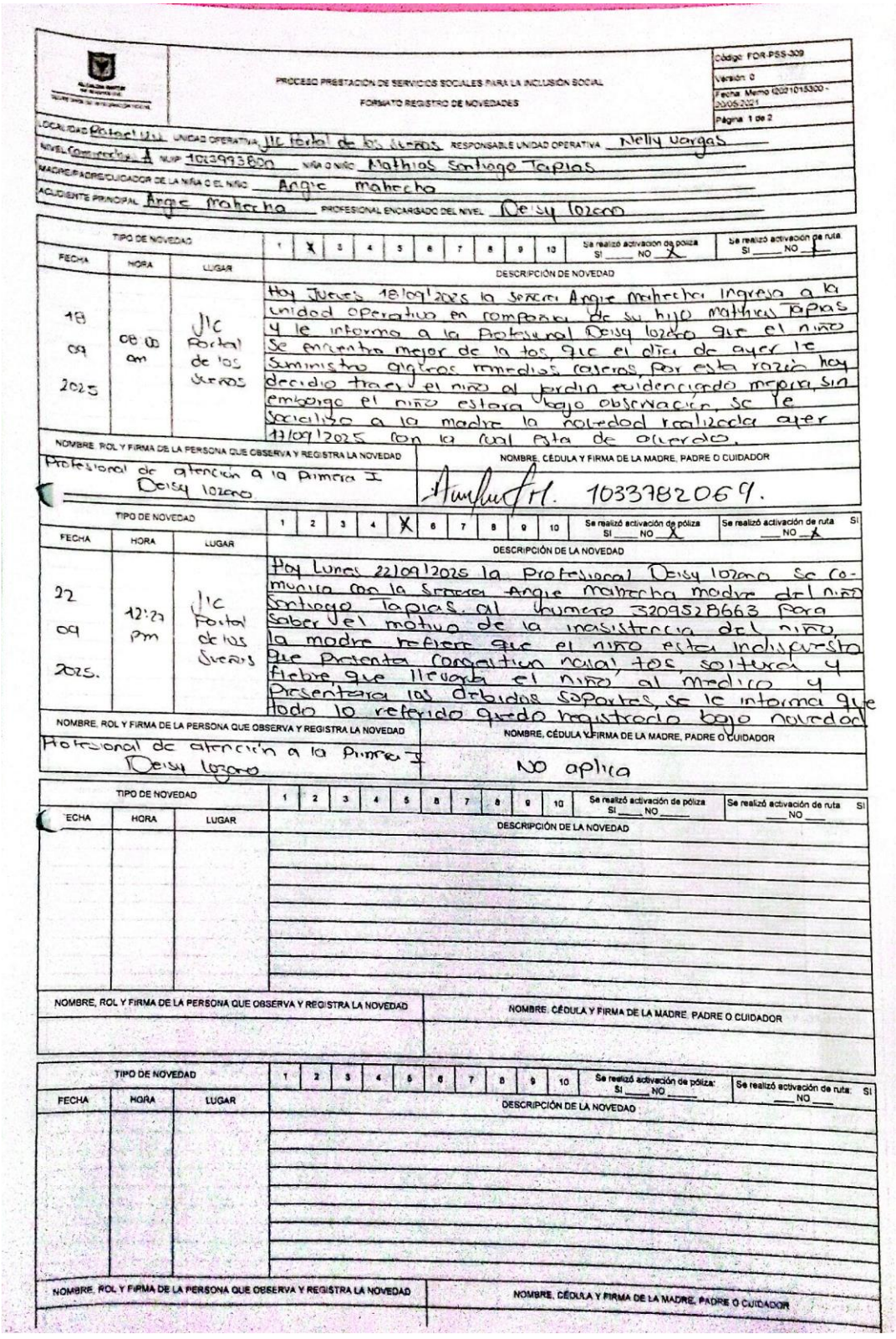
Por medio de la presente informo que mi hija Arianna Isabella Mahecha Castro del nivel de Caminadores A, no asistira la semana del 1 AL 5 de Septiembre del presente año, debido a que vamos a salir de viaje para Caqueta.

Agradezco la atencion prestada

Paula Castro.
CC. 1000785126
Cel. 3203529292.

- **MATHIAS SANTIAGO TAPIAS MAHECHA**

NOVEDAD DE 22 AL 24 PERMISO CUIDADO EN CASA



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: Puente Aranda | UNIDAD OPERATIVA: JIC Portal de los Sueños | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Comunidad A | NUIP: 1033993800 | NIÑA O NIÑO: Mathias Santiago Tapias
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Angie Mahecha
ACUDIENTE PRINCIPAL: Angie Mahecha | PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Deisy Lozano

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
18 09 2025	08:00 am	JIC Portal de los Sueños	Hoy Jueves 18/09/2025 la señora Angie Mahecha ingresa a la unidad operativa en compañía de su hijo Mathias Tapias y le informa a la Profesional Deisy Lozano que el niño se encuentra mejor de la tos, que el día de ayer le suministro algunos medios caseros, por esta razón hoy decidio traer el niño al jardin evidenciando mejoria, sin embargo el niño estara bajo observación, se le socializo a la madre la novedad realizada ayer 17/09/2025 con la cual esta de acuerdo.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional de atención a la Primera I Deisy Lozano
NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Angie Mahecha C.C. 1033782069.

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
22 09 2025.	12:27 pm	JIC Portal de los Sueños	Hoy Lunes 22/09/2025 la Profesional Deisy Lozano se comunica con la Señora Angie Mahecha madre del niño Santiago Tapias. al numero 3209528663 para saber el motivo de la inasistencia del niño, la madre refiere que el niño esta indispuesto que presenta congestion nasal, tos, soltura y fiebre, que llevara el niño al medico y presentara los debidos soportes, se le informa que todo lo referido quedo registrado bajo novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Profesional de atención a la Primera I Deisy Lozano
NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 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

CARTA PERMISO CUIDADO EN CASA

Bogota D.C

Septiembre 24 de 2025

Señores Jardin Portal de los sueños

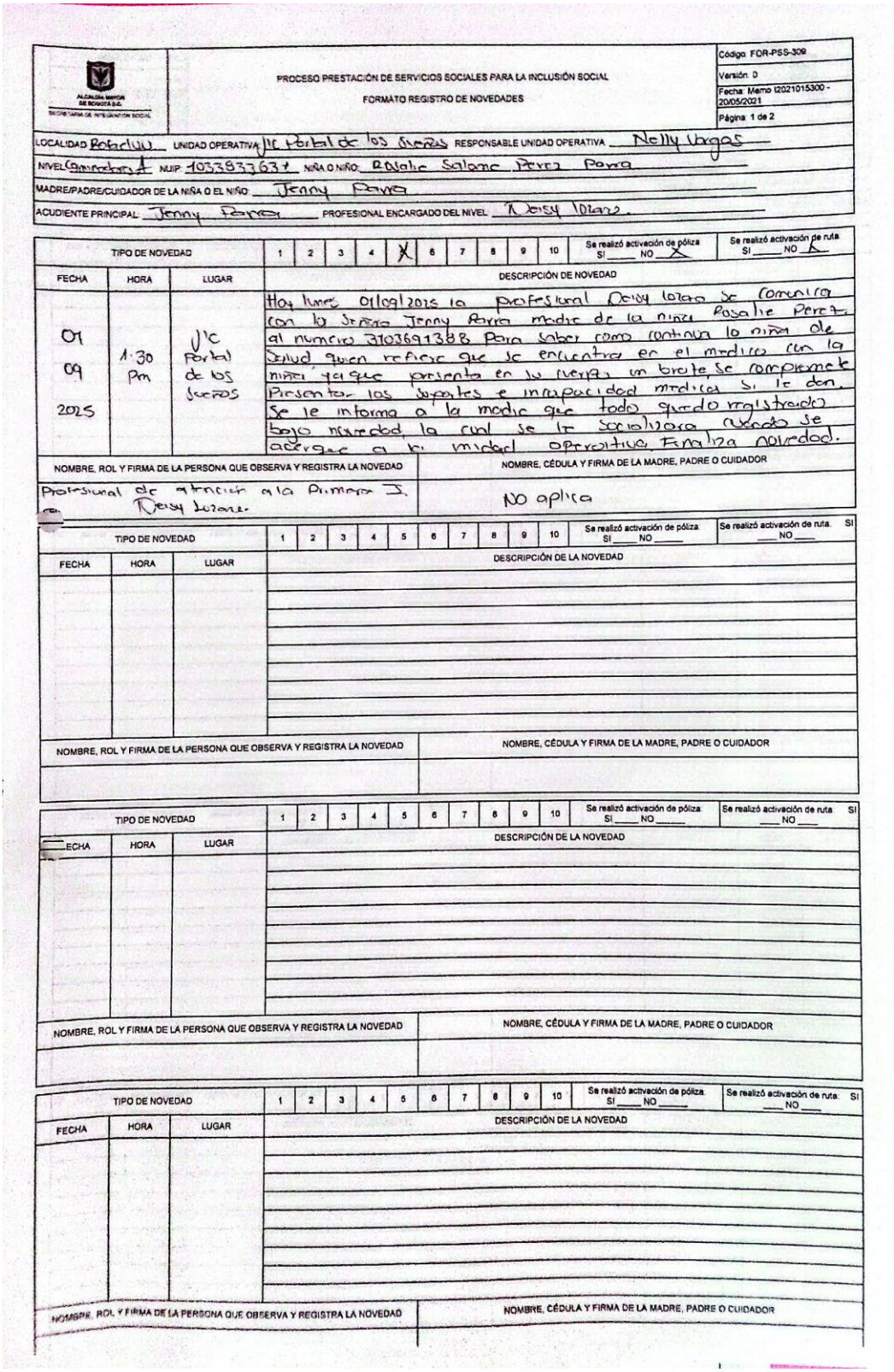
la presente es con el fin de justificar la inasistencia de mi hijo MATHIAS SANTIAGO TAPIAS MATIECHA al Jardin los Dias lunes, martes y miercoles de la presente semana. Yo Angie matecha identificada con cc. 1.033.782.069. madre de Santiago tapias identificado con R.C 1023993800 del nivel Caminadores. Pido una disculpa por su inasistencia debido a que desde el dia 19 de Septiembre el niño a tenido simtomas Gripales y fuertes fiebres y decidi tenerlo bajo Cuidado en casa por que la pediatra recomendo no llevarlo al hospital cada vez que enferme, segun su evolucion en el trancurso del dia, ya mañana asistira con normalidad.

De antemano muchas gracias por la atencion prestada.

1033.782.069

- **ROSALIE SALOME PEREZ**

NOVEDAD DEL 1 AL 2 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 Rafael U. UNIDAD OPERATIVA U/C Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Nelly Vargas

NIVEL Caminadores 1 NUIP 1033837637 NIÑA O NIÑO Rosalie Salome Perez Para

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Jenny Para

ACUDIENTE PRINCIPAL Jenny Perez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Deisy Lozano.

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 09 2025	1:30 Pm	U/C Portal de los Sueños	Hoy lunes 01/09/2025 la profesional Deisy Lozano se comunica con la señora Jenny Para madre de la niña Rosalie Perez al numero 3103691388. Para saber como continua la niña de salud quien refiere que se encuentra en el medico con la niña ya que presenta en su cuerpo un brote, se comprometé Presentar los soportes e incapacidad medica si le dan. Se le informa a la madre que todo queda registrado bajo novedad, la cual se le socializara cuando se acerque a la unidad operativa. 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
Profesional de atención a la Primera I. Deisy Lozano.	NO aplica

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

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

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

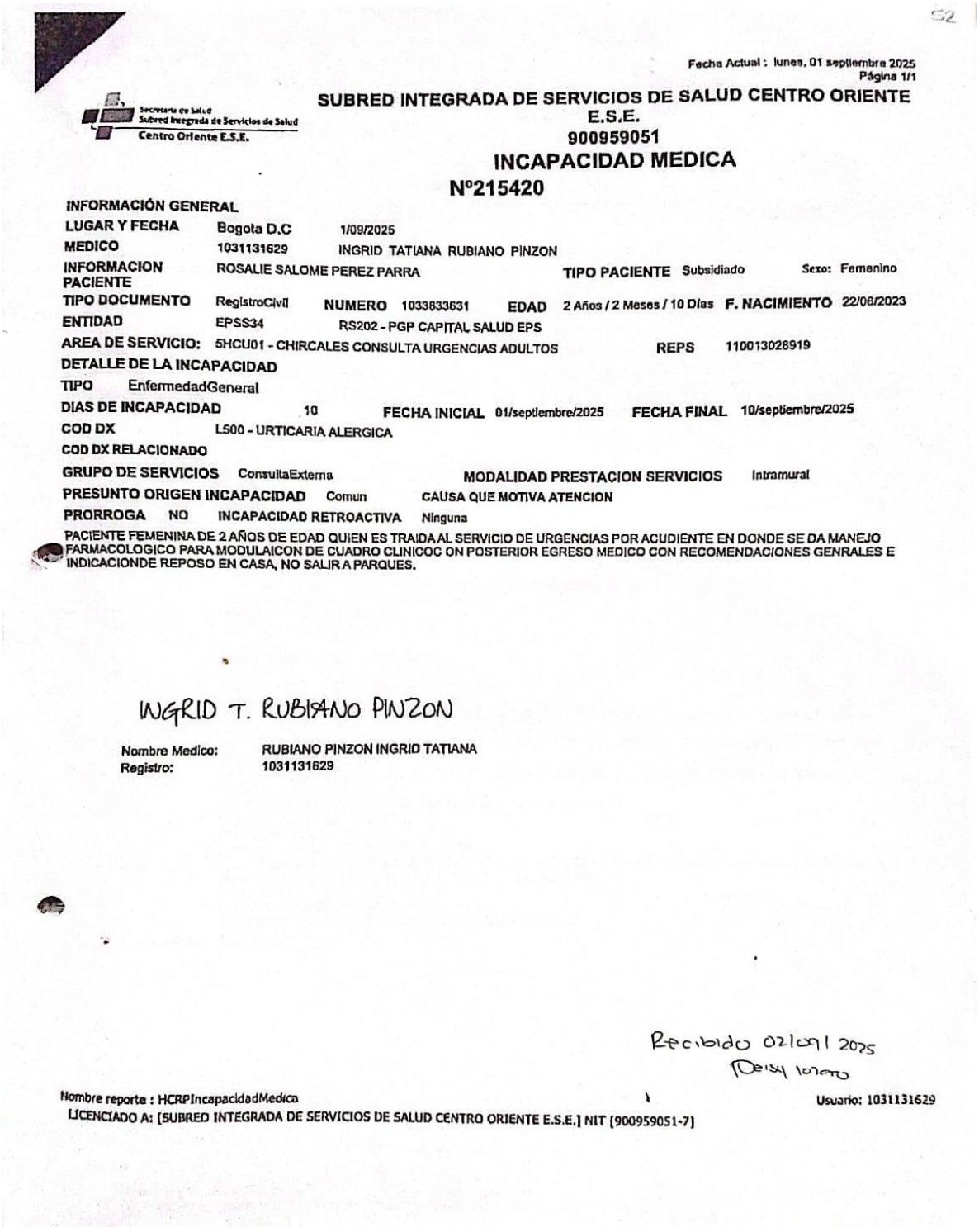
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

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 MEDICA



52

Fecha Actual : lunes, 01 septiembre 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
Nº215420

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHA Bogota D.C 1/09/2025
MEDICO 1031131629 INGRID TATIANA RUBIANO PINZON
INFORMACION PACIENTE ROSALIE SALOME PEREZ PARRA **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Femenino
TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1033833631 **EDAD** 2 Años / 2 Meses / 10 Días **F. NACIMIENTO** 22/08/2023
ENTIDAD EPSS34 RS202 - PGP CAPITAL SALUD EPS
AREA DE SERVICIO: 5HCU01 - CHIRCALES CONSULTA URGENCIAS ADULTOS **REPS** 110013028919

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

TIPO EnfermedadGeneral
DIAS DE INCAPACIDAD 10 **FECHA INICIAL** 01/septiembre/2025 **FECHA FINAL** 10/septiembre/2025
COD DX L500 - URTICARIA ALERGICA
COD DX RELACIONADO
GRUPO DE SERVICIOS ConsultaExterna **MODALIDAD PRESTACION SERVICIOS** Intramural
PRESUNTO ORIGEN INCAPACIDAD Comun **CAUSA QUE MOTIVA ATENCION**
PRORROGA NO **INCAPACIDAD RETROACTIVA** Ninguna

PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR ACUDIENTE EN DONDE SE DA MANEJO FARMACOLOGICO PARA MODULAICON DE CUADRO CLINICOC ON POSTERIOR EGRESO MEDICO CON RECOMENDACIONES GENRALES E INDICACIONDE REPOSO EN CASA, NO SALIR A PARQUES.

INGRID T. RUBIANO PINZON

Nombre Medico: RUBIANO PINZON INGRID TATIANA
Registro: 1031131629

Recibido 02/09/2025

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica Usuario: 1031131629
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]