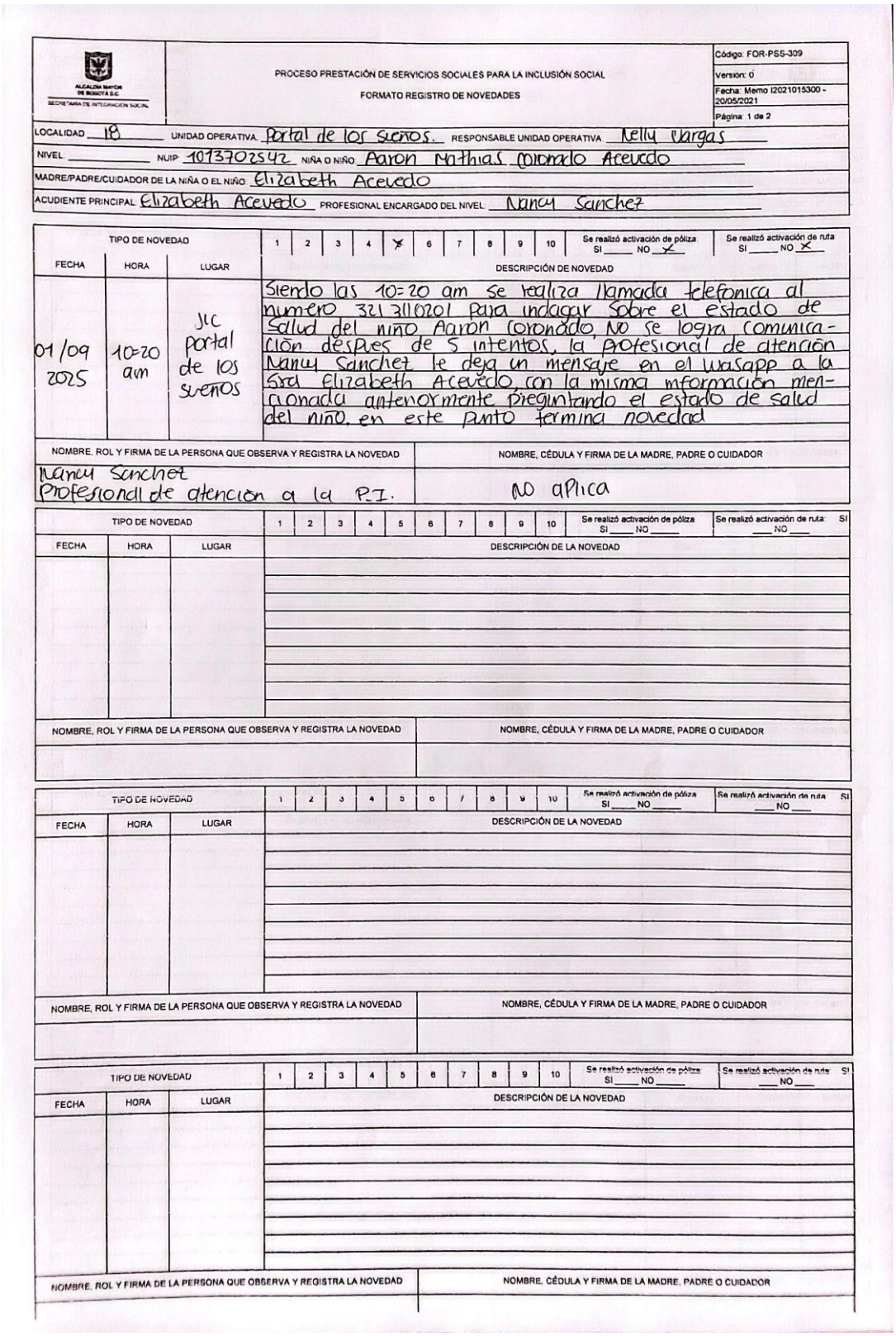
- **AARON ESTEBAN ALONSO DIEZ**

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Kelly Vargas
NIVEL: _____ NUIP: 1013702542 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: 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
01/09/2025	10:20 am	JIC Portal de los sueños	Siendo las 10:20 am se realiza llamada telefonica al numero 3213110201 para indagar sobre el estado de salud del niño Aaron Coronado, No se logra comunicación despues de 5 intentos, la profesional de atención Nancy Sanchez le deja un mensaje en el whatsapp a la Sra Elizabeth Acevedo, con la misma información mencionada anteriormente preguntando el estado de salud del niño. 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

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

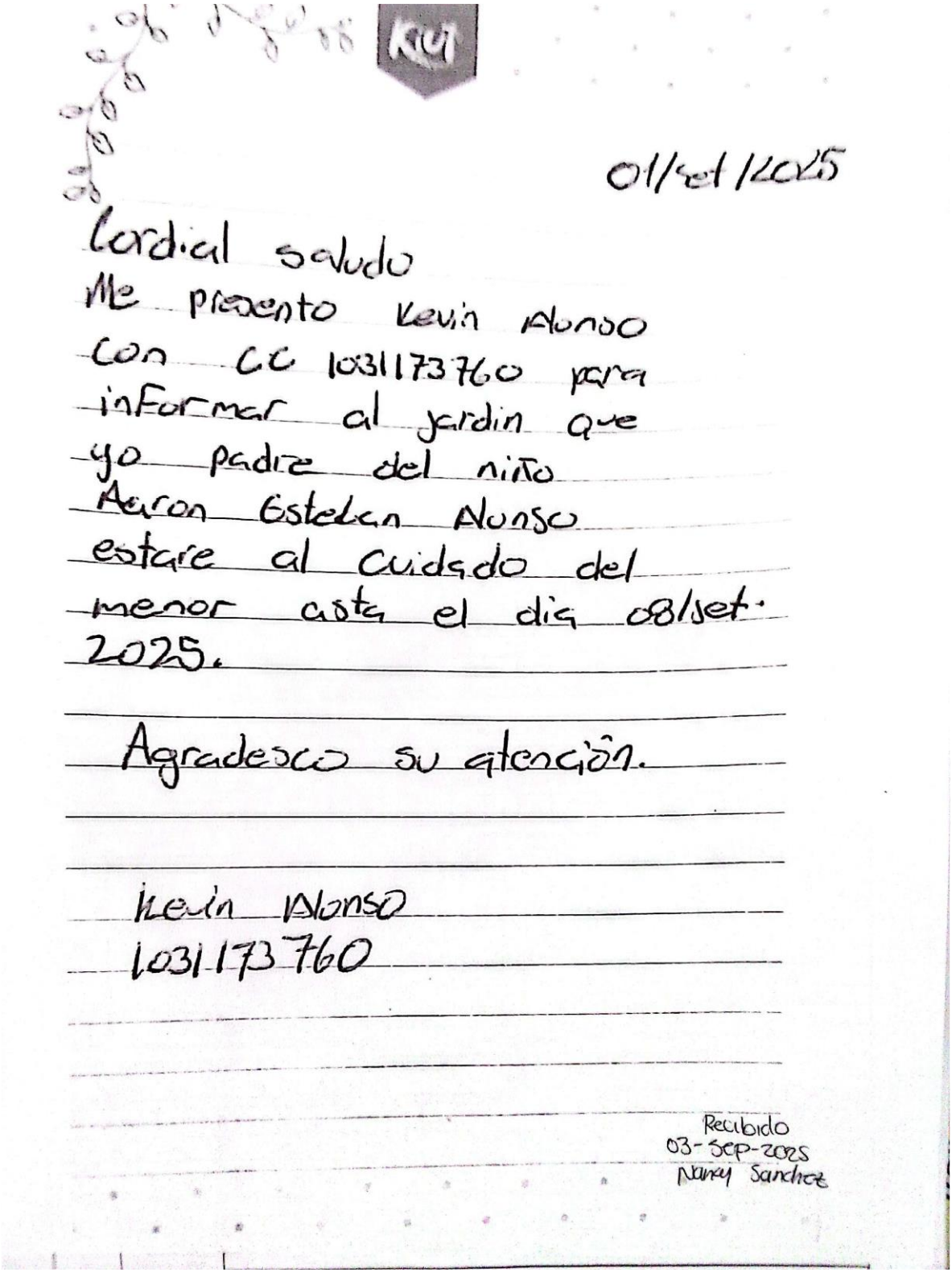
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

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 CUIDADO EN CASA



01/set/2025

Cordial saludo

Me presento Kevin Alonso con CC 1031173760 para informar al jardin que yo padre del niño Aaron Estelan Alonso estare al cuidado del menor asta el dia 08/set. 2025.

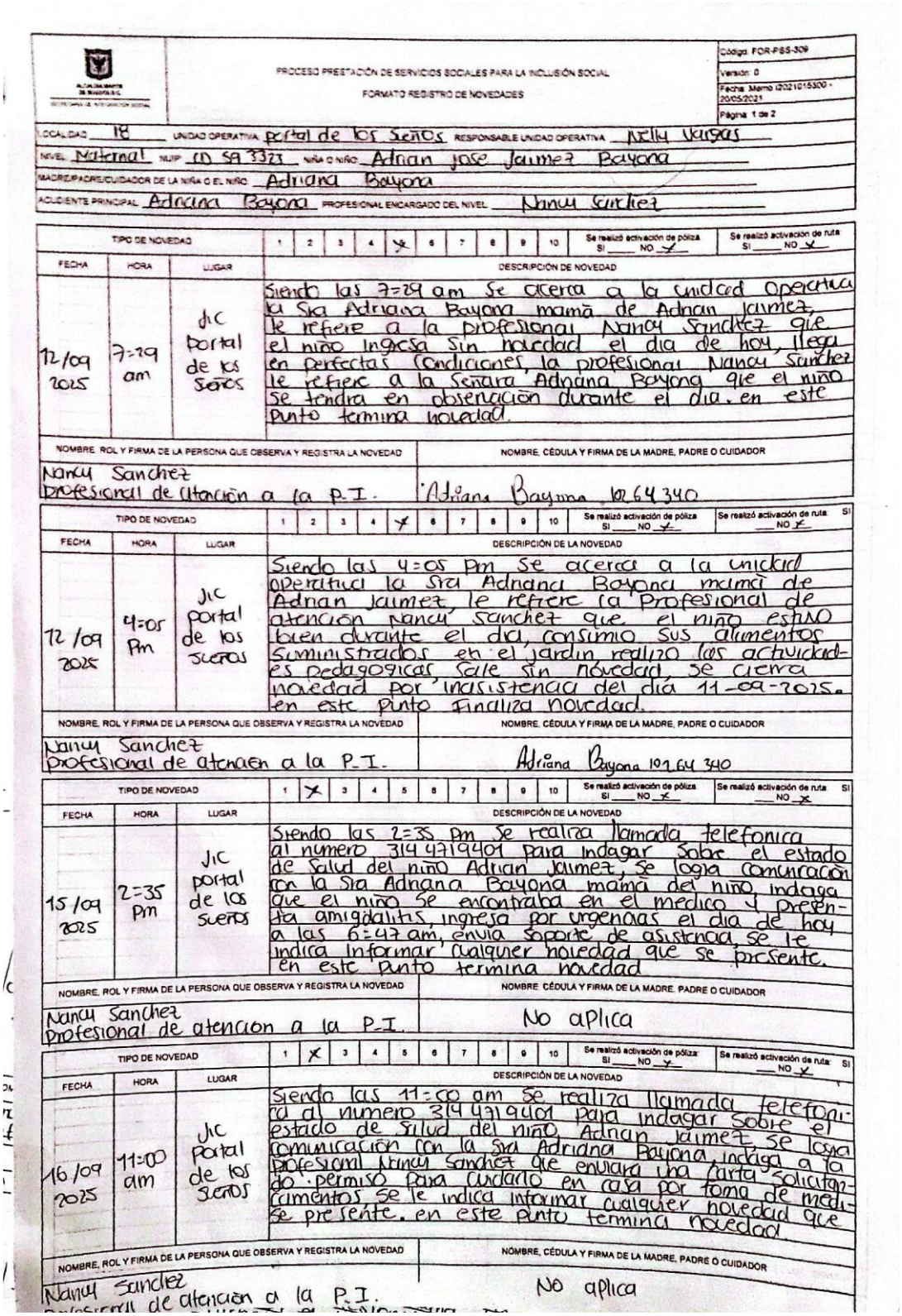
Agradesco su atención.

Kevin Alonso
1031173760

Recibido
03-SEP-2025
Nancy Sanchez

- **ADRIAN JOSE JAIMEZ BAYONA**

NOVEDAD DEL 16 AL 18 PERMISO CUIDADO EN CASA



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

Código: FOR-P8S-309
Versión: 0
Fecha: Memo i2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Maternal NUIP: 10 59 3323 NIÑA O NIÑO: Adrian jose Jaimez Bayona
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Adriana Bayona
ACUDIENTE PRINCIPAL: Adriana Bayona 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
12/09 2025	7:29 am	JIC portal de los sueños	Siendo las 7:29 am se acerca a la unidad operativa la Sra Adriana Bayona mamá de Adrian Jaimez, le refiere a la profesional Nancy Sanchez que el niño ingresa sin novedad el dia de hoy, llega en perfectas condiciones, la profesional Nancy Sanchez le refiere a la Señora Adriana Bayona que el niño se tendra en observación durante el dia. 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.	Adriana Bayona 1026 4340

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
12/09 2025	4:05 Pm	JIC portal de los sueños	Siendo las 4:05 Pm se acerca a la unidad operativa la Sra Adriana Bayona mamá de Adrian Jaimez, le refiere la Profesional de atención Nancy Sanchez que el niño estuvo bien durante el dia, consumio sus alimentos suministrados en el jardin realizo las actividades pedagogicas, Sale sin novedad, se cierra novedad por inasistencia del dia 11-09-2025. 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.	Adriana Bayona 1026 4340

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
15/09 2025	2:35 Pm	JIC portal de los sueños	Siendo las 2:35 Pm se realiza llamada telefonica al numero 314 4719401 para indagar sobre el estado de salud del niño Adrian Jaimez, se logra comunicación con la Sra Adriana Bayona mamá del niño, indaga que el niño se encontraba en el medico y presenta amigdalitis, ingresa por urgencias el dia de hoy a las 6:47 am, envia soporte de asistencia, se le indica 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 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 X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X
	X											

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
16/09 2025	11:00 am	JIC portal de los sueños	Siendo las 11:00 am se realiza llamada telefonica al numero 314 4719401 para indagar sobre el estado de salud del niño Adrian Jaimez, se logra comunicación con la Sra Adriana Bayona, indaga a la profesional Nancy Sanchez que enviara una carta solicitando permiso para cuidado en casa por toma de medicamentos, se le indica 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 de atencion a la P.I.	No aplica

CARTA PERMISO CUIDADO EN CASA

Bogotá Septiembre 15

Señores Jardin portal de los Sueños
Por medio de la presente solicito permiso
Para tener a mi hijo bajo cuidado en casa
en la semana del 15 al 18 de Septiembre
debido a que tiene amigdalitis aguda y en el
médico no me dieron incapacidad.

mi hijo se llama adrian Jose Jaimez Bayona
Nivel de maternal gracias.

Adriana Bayona
3144779401
6412340

Recibido
15-09-2025
Nancy Sanchez

NOVEDAD DEL 25 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: 18 UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Largas
NIVEL: Maternal NUIP: CD 593323 NIÑA O NIÑO: Adnan jose Jaimez Bayona
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Adriana Bayona
ACUDIENTE PRINCIPAL: Adriana Bayona 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
23-09 2025	1:10 Pm	JIC portal de los sueños	Siendo la 1:10 pm se realiza llamada telefonica al numero 314 471 9401 para indagar sobre el estado de salud del niño Adnan Jaimez y su inasistencia del dia de hoy, se logra comunicación con la Sra Adriana Bayona, indaga que a noche presento fiebre de 38.0 a las 12:00. prefiere tenerlo en observación en casita, se le indica informar cualquier novedad. 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	X	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
24-09 2025	1:30 Pm		Siendo la 1:30 pm se realiza llamada telefonica al numero 314 471 9401 para indagar sobre el estado de salud del niño Adnan Jaimez, se logra comunicación con la Sra Adriana Bayona indaga que el niño estuvo indispuesto en la noche y no la dejo dormir, Prefiere tenerlo mejor en casa, se le indica llevarlo por urgencias y informar como continua. 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.	

TIPO DE NOVEDAD	1	X	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
25-09 2025	1:15 pm	JIC Portal de los sueños	Siendo la 1:15 pm se realiza llamada telefonica al numero 314 471 9401 para indagar sobre el estado de salud del niño Adnan Jaimez y su inasistencia del dia de hoy se logra comunicación con la Sra Adriana Bayona, indaga que hoy asisto al centro medico en horas de la mañana, indica traer soporte medico mañana. en este punto termina novedad.

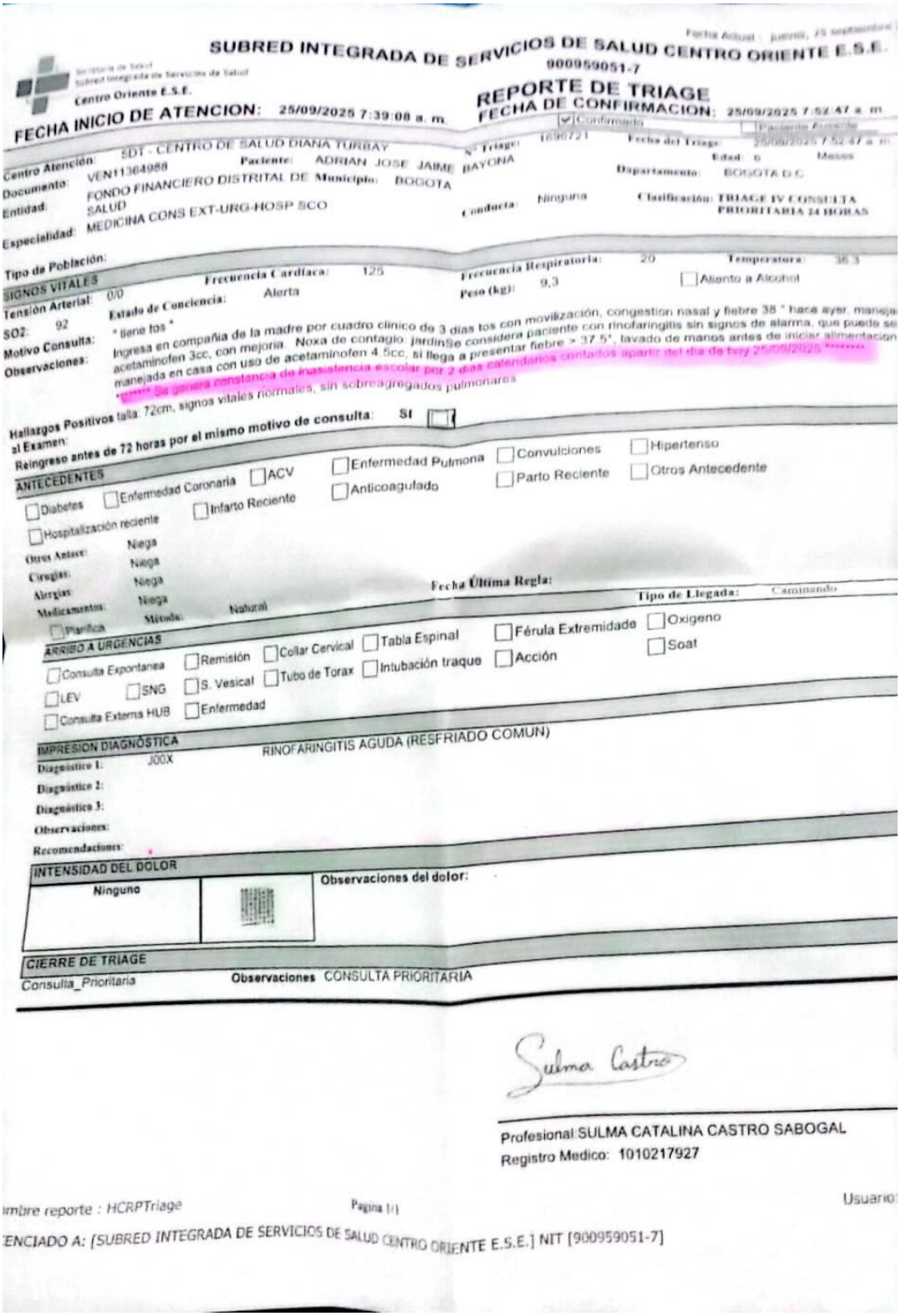
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Nancy Sanchez Profesional de atencion a la PI	No aplica

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
26-09 2025	2:00 Pm	JIC Portal de los sueños	Siendo la 2:00 pm se realiza llamada telefonica al numero 314 471 9401 para indagar sobre el estado de salud del niño Adnan Jaimez y su progenitora manifiesta que a un continua con tes cumpliendo su incapacidad, con cuidados en casa, se le indica informar cual quier novedad. 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

SOPORTE INCAPACIDAD MEDICA



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051-7
Centro Oriente E.S.E.

REPORTE DE TRIAGE

FECHA INICIO DE ATENCION: 25/09/2025 7:39:08 a. m.
FECHA DE CONFIRMACION: 25/09/2025 7:52:47 a. m.

Centro Atención: SDT - CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY
Documento: VEN11364988 Paciente: ADRIAN JOSE JAIME BAYONA
Entidad: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Municipio: BOGOTA
Especialidad: MEDICINA CONS EXT-URG-HOSP SCO
Tipo de Población:
Conducta: Ninguna
Clasificación: TRIAGE IV CONSULTA PRIORITARIA 24 HORAS

SIGNOS VITALES
Tensión Arterial: 0/0 Frecuencia Cardiaca: 125 Frecuencia Respiratoria: 20 Temperatura: 36.3
SO2: 92 Estado de Conciencia: Alerta Peso (kg): 9,3 Aliento a Alcohol
Motivo Consulta: " tiene tos "
Observaciones: Ingresa en compañia de la madre por cuadro clinico de 3 dias tos con movilización, congestion nasal y fiebre 38 ° hace ayer, maneja acetaminofen 3cc, con mejoria. Noxa de contagio: jardinSe considera paciente con rinofaringitis sin signos de alarma, que puede se manejada en casa con uso de acetaminofen 4.5cc, si llega a presentar fiebre > 37.5°, lavado de manos antes de iniciar alimentacion ******* Se genera constancia de inasistencia escolar por 2 dias calendarios contados apartir del dia de hoy 25/09/2025 *******
Hallazgos Positivos al Examen: talla 72cm, signos vitales normales, sin sobreagregados pulmonares
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 Antec: 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: J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
Diagnóstico 2:
Diagnóstico 3:
Observaciones:
Recomendaciones:

INTENSIDAD DEL DOLOR
Ninguno
Observaciones del dolor:

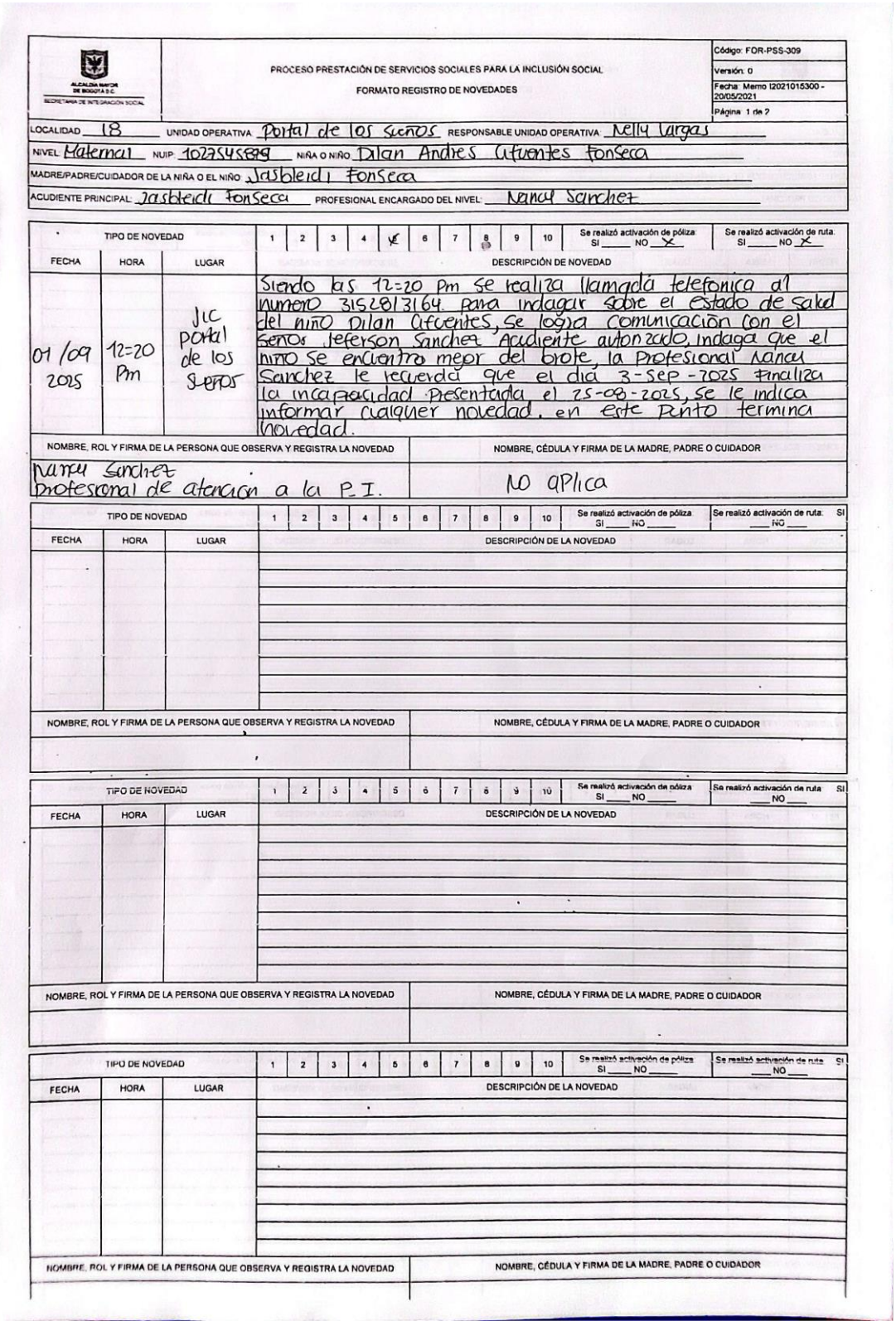
CIERRE DE TRIAGE
Consulta_Prioritaria Observaciones CONSULTA PRIORITARIA

Sulma Castro
Profesional SULMA CATALINA CASTRO SABOGAL
Registro Medico: 1010217927

Nombre reporte : HCRPTriage Pagina 1/1 Usuario:
GENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

- **DILAN ANDRES CIFUENTES**

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 12021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

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

NIVEL Maternal NUIP 1027545889 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
01/09/2025	12:20 Pm	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 12:20 Pm se realiza llamada telefonica al numero 3152813164. para indagar sobre el estado de salud del niño Dilan Cifuentes, Se logra comunicación con el Señor Jeferson Sanchez Acudiente autorizado, indaga que el niño se encuentra mejor del brote, la Profesional Nancy Sanchez le recuerda que el dia 3-SEP-2025 finaliza la incapacidad presentada el 25-08-2025, se le indica informar cualquier novedad. 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

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

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

Centro Oriente E.S.E.

NIT. 900959051 **Call center: 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

erna: Enfermedad_general **Finalidad Consulta:** Diagnostico

rmula: **FAM000030310055**

Tipo Principal Dx Ingreso Dx Egreso

[x] [x] [x]

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

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°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

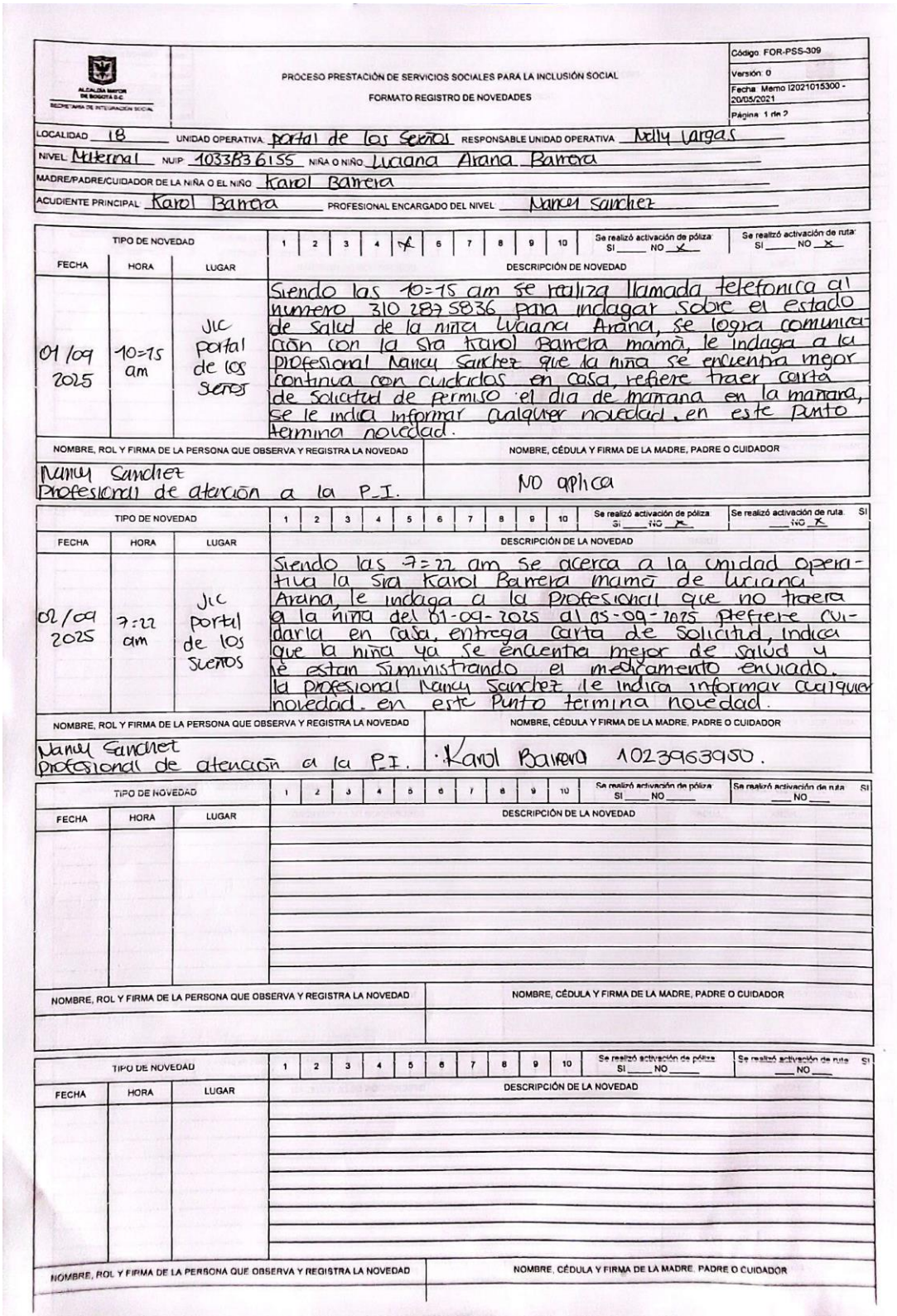
Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica Usuario: 1019054129

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

Recibido
25-08-2025
Nancy Sanchez

- **LUCIANA ARANA BARRERA**

NOVEDAD DEL 1 AL 5 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: 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: 1033B36155 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
01/09/2025	10:15 am	JIC portal de los sueños	Siendo las 10:15 am se realiza llamada telefonica al numero 310 287 5836, para indagar sobre el estado de salud de la niña Luciana Arana, se logra comunicacion con la Sra Karol Barrera mamá, le indaga a la profesional Nancy Sanchez que la niña se encuentra mejor continua con cuidados en casa, refiere traer carta de solicitud de permiso el dia de mañana en la mañana, se le indica informar cualquier novedad, 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 X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
02/09/2025	7:22 am	JIC portal de los sueños	Siendo las 7:22 am se acerca a la unidad operativa la Sra Karol Barrera mamá de Luciana Arana, le indaga a la Profesional que no traera a la niña del 01-09-2025 al 05-09-2025 prefiere cuidarla en casa, entrega carta de solicitud, indica que la niña ya se encuentra mejor de salud y le estan suministrando el medicamento enviado. la profesional Nancy Sanchez le indica informar cualquier novedad. 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.	Karol Barrera 1023963950.

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 CUIDADO EN CASA

SP PRO
MAQUILLAJE PROFESIONAL

Bogota D.C.

02-09-25.

Por medio de la presente, Quiero informarles que no llevare al jardin por esta Semana a mi hija Luciana Arana Barrera con RC. 1033836155, ya que la semana pasada Tuvo el virus manos, Pies y boca y el pediatra le formulo un medicamento por 10 dias; Prefiero tratarla en la casa y a partir de la siguiente Semana la llevo al jardin 01-Sep- al 5-Sep.
Agradezco su comprensión

Karol Barrera 1033963150.



Tu forma de verte, Inspira

Recibido
02-09-2025
Nancy Sanchez

NOVEDAD DEL 29 AL 30 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: 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 Xiomara Barrera Perez

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
29-09 2025	2:00 Pm	JIC Portal de los Sueños	Siendo las 2:00 Pm se realiza llamada telefonica al numero 310 287 5836 para indagar sobre el estado de salud de la niña Luciana Arana, y la inasistencia del dia de hoy, se logra comunicacion con la Sra Karol Barrera indaga que se encuentra de vacaciones y quiere compartir con la niña, pendiente envio de carta solicitando dias que faltara. 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	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
30-09 2025	1:00 Pm	JIC Portal de los Sueños	Siendo la 1:00 pm se realiza llamada telefonica al numero 310 287 5836 para indagar sobre el estado de salud de la niña Luciana Arana, Se logra comunicacion con la Sra Karol Barrera indaga que la niña se encuentra muy bien de salud, compartiendo con la Sra Karol Barrera, se encuentra de viaje, en santa marta, indica enviar la carta que tiene pendiente desde el dia 29-09-2025. 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
N/A	N/A	N/A	N/A

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

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
N/A	N/A	N/A	N/A

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

CARTA PERMISO DE VIAJE

INSAIS

Bogotá D.C 01-10-2025

Jardín pottal de los sueños.

Por medio de la presente, yo Karol Xiomara Barrera Perez con cedula 1023963950, mamá de Luciana Arana Barrera con Registro Civil 1033836155.

Informo que no puedo llevar a la niña al jardín durante toda la semana desde el día 29 de Septiembre hasta el Viernes 03 de octubre ya que me encuentro en vacaciones y deseo compartir con mi hija durante toda la semana.

Agradezco su amable comprensión.

Karol Barrera
1023963950