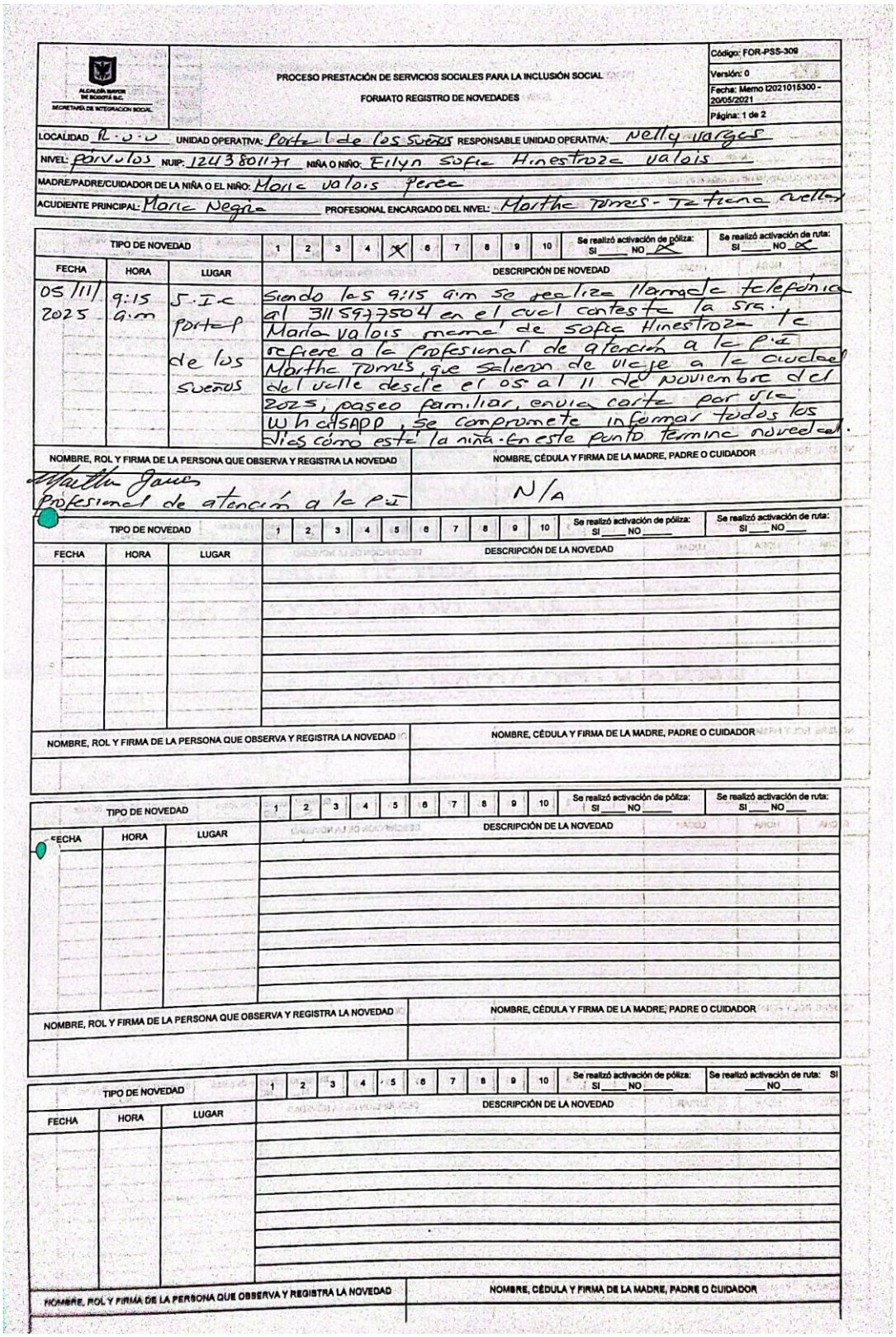
- **EILYN SOFIA HINESTROZA VALOIS**

NOVEDAD DEL 5 AL 11 (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 R.U.U UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: párvulos NUIP: 1243801171 NIÑA O NIÑO: Eilyn Sofia Hinestroza valois
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Maria valois Perea
ACUDIENTE PRINCIPAL: Maria Negra PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Martha Torres - Tatiana Ruelly

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
05/11/2025	9:15 a.m	S.I.C portal de los sueños	Siendo las 9:15 a.m se realiza llamada telefónica al 3115977504 en el cual contesta la Sra. Maria valois mama de Sofia Hinestroza le refiere a la profesional de atención a la pi Martha Torres, que salieron de viaje a la ciudad del valle desde el 05 al 11 de noviembre del 2025, paseo familiar, envia carta por via WhatsApp, se compromete informar todos los dias como esta la niña. 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
Martha Jaime Profesional de atención a la pi	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

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

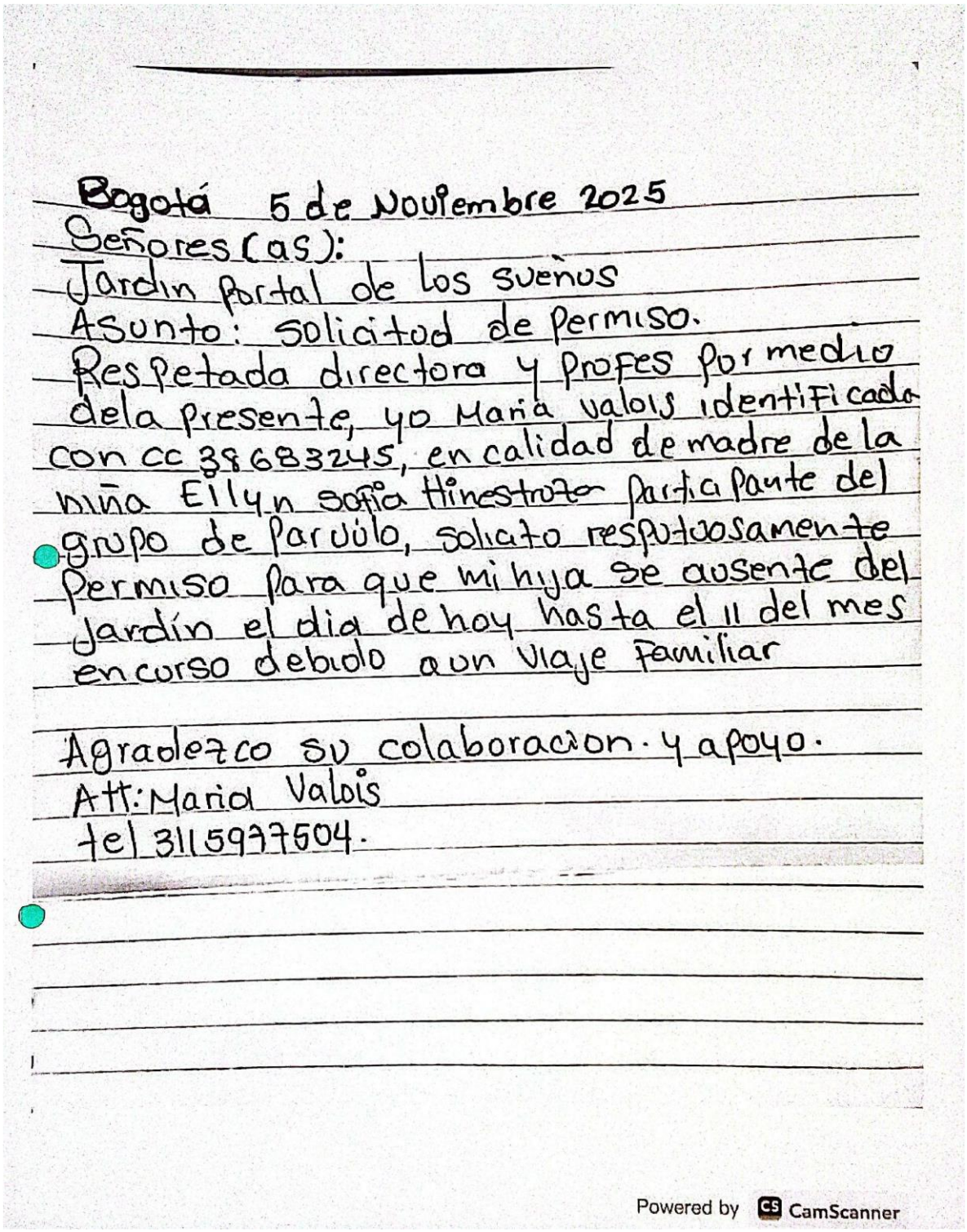
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

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 CARTA PERMISO DE VIAJE



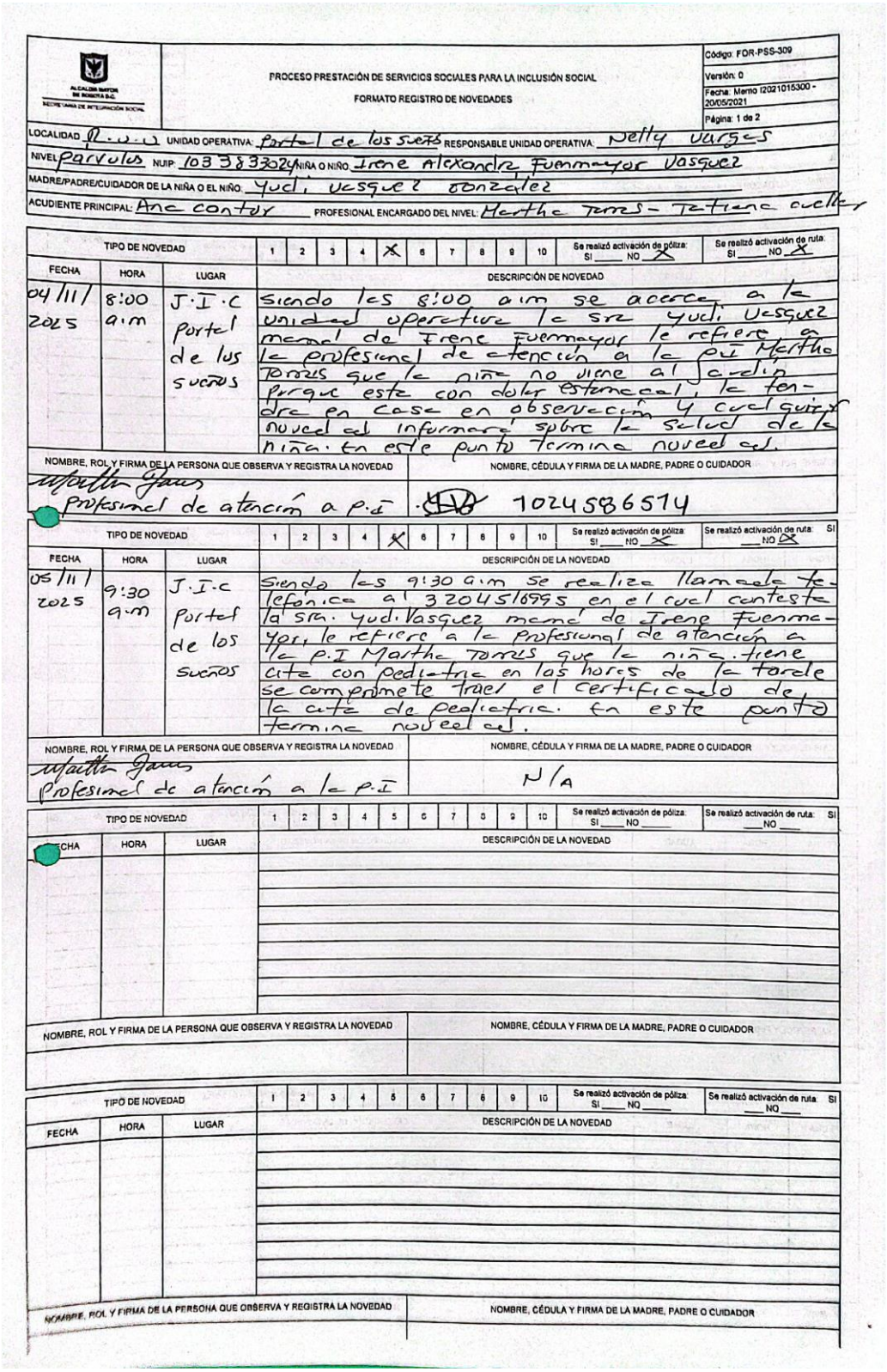
Bogotá 5 de Noviembre 2025
Señores (as):
Jardin Portal de los sueños
Asunto: Solicitod de permiso.
Respetada directora y profes por medio dela presente, yo Maria valois identificada con cc 38683245, en calidad de madre de la niña Ellyn sofia Hinestroza participante del grupo de parvulo, soliato respetuosamente permiso para que mi hija se ausente del jardin el dia de hoy hasta el 11 del mes en curso debido aun viaje familiar

Agradezco su colaboracion. y apoyo.
Att: Maria Valois
tel 3115977504.

Powered by CamScanner

- **IRENE ALEXANDRA FUENMAYOR VASQUEZ**

NOVEDAD DEL 05 (CITA MÉDICA)



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: Parvulos NUIP: 1033833024 NIÑA O NIÑO: Irene Alexandra Fuenmayor Vasquez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yudi Vasquez Gonzalez
ACUDIENTE PRINCIPAL: Ana Contay PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Martha Torres - Tatiana Cuellar

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
04/11/2025	8:00 a.m	J.I.C Portal de los sueños	Siendo las 8:00 a.m se acerca a la unidad operativa la sra Yudi Vasquez mamá de Irene Fuenmayor le refiere a la profesional de atención a la p.i Martha Torres que la niña no viene al jardín porque este con dolor estomacal, le fendre en casa en observación y cualquier novedad informara sobre la salud de la niña. en este punto termina novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Martha Torres Profesional de atención a p.i

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1024586574

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
05/11/2025	9:30 a.m	J.I.C Portal de los sueños	Siendo las 9:30 a.m se realiza llamada telefónica al 3204516995 en el cual contesta la sra. Yudi Vasquez mamá de Irene Fuenmayor, le refiere a la Profesional de atención a la p.I Martha Torres que la niña tiene cita con pediatra en los horas de la tarde se compromete traer el certificado de la cita de pediatria. en este punto termina novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Martha Torres Profesional de atención a la p.I

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 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

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 05 CITA MÉDICA

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.

NIT. 900959051 **Call center: 3078181 018000118181** Fecha Actual : miércoles, 05 noviembre 2025

FORMULACION MEDICA EXTERNO

				Folio	146
Paciente	**IRENE ALEXANDRA FUENMAYOR VASQUEZ**	Edad	2 Años / 8 Meses / 16 Días	No. Historia	**1033833024**
Identificacion	**1033833024**	Telefono	3204516995	Ingreso	**19368457**
Centro- Atencion	CENTRO DE SALUD CHIRCALES	Cama		Fecha Ingreso	5/11/2025 1:59:04 p. m.
Direccion	Transversal 5J No. 48 F – 69 sur	Telefono		Fecha prescripcion	05/11/2025 2:10 p. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S			Suministro Paciente	
No. Cama		Area de Servicio: 5HCC33 - CHIRCALES CONSULTA EXTERNA PEDIATRIA			
Plan de Beneficios:	**PGP CAPITAL SALUD EPS**			Tipo de Usuario:	**SUBSIDIADO NIVEL 1**

Diagnostico Principal : Q753 - MACROCEFALIA

Causa Externa: Enfermedad_general **Finalidad Consulta:** Diagnostico

No Formula: **FAM000030935040**

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx	Ingreso Dx	Egreso
			☒	☒	☒

Observación

09

ENF

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