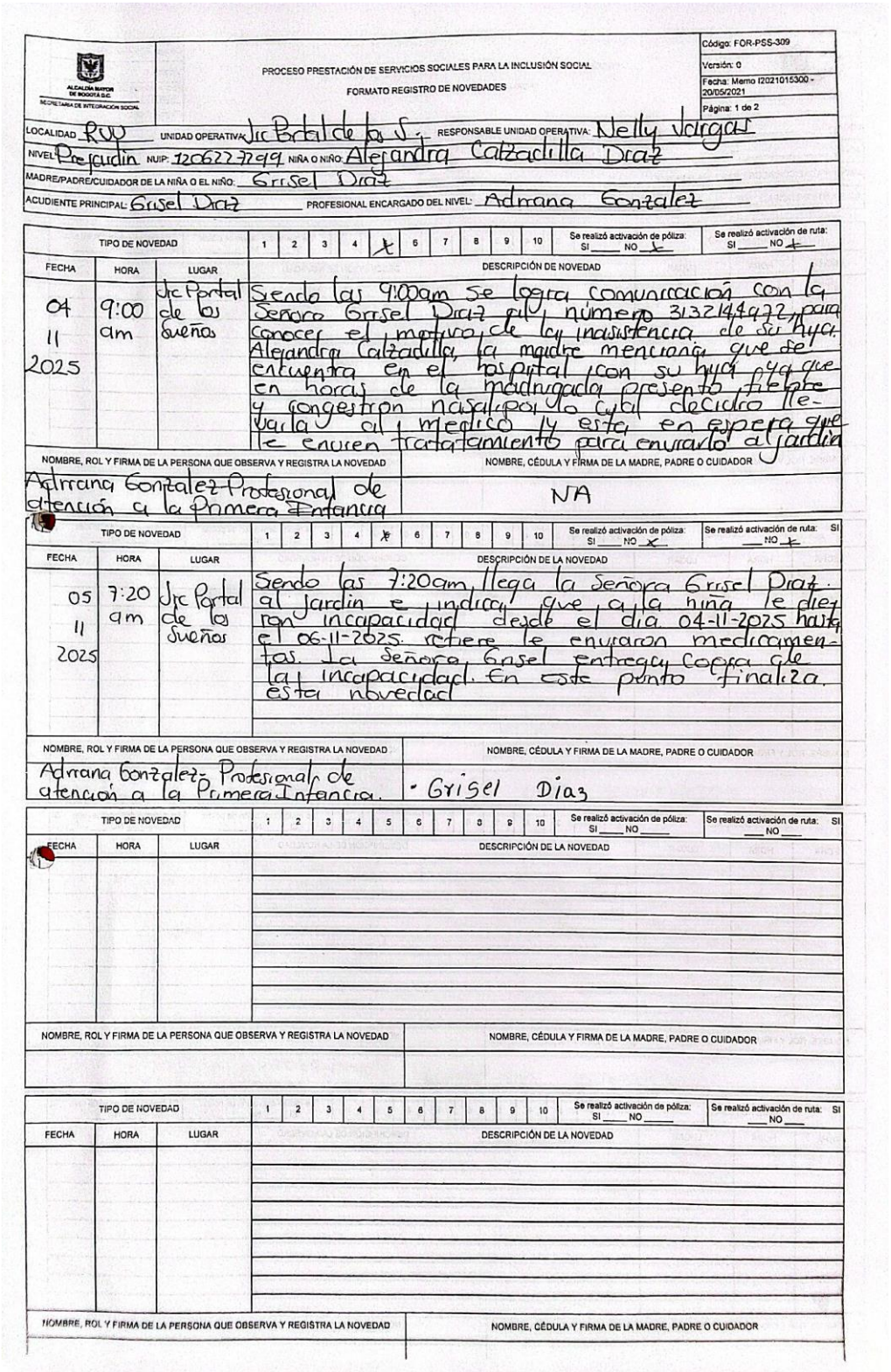
- **ALIARNIS ALEJANDRA CALZADILLA DIAZ**

NOVEDAD DEL 04 AL 06 (INCAPACIDAD 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: Rafu UNIDAD OPERATIVA: Jic Portal de los S. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Prejardin NUIP: 1206227799 NIÑA O NIÑO: Alejandra Calzadilla Diaz

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Grisel Diaz

ACUDIENTE PRINCIPAL: Grisel Diaz PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Adriana Gonzalez

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	9:00 am	Jic Portal de los Sueños	Siendo las 9:00am se logra comunicación con la Señora Grisel Diaz cel, número 3132144972, para conocer el motivo de la inasistencia de su hija Alejandra Calzadilla, la madre menciona que se encuentra en el hospital con su hija ya que en horas de la madrugada presento fiebre y congestion nasal por lo cual decidio llevarla al medico y esta en espera que le envien tratamiento para enviarlo al jardin

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Adriana Gonzalez Profesional de atención a la Primera Infancia

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

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	7:20 am	Jic Portal de los Sueños	Siendo las 7:20am, llega la Señora Grisel Diaz al jardin e indica que a la niña le dieron incapacidad desde el dia 04-11-2025 hasta el 06-11-2025. refiere le enviaron medicamentos la Señora Grisel entrega copia de la incapacidad. En este punto finaliza esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Adriana Gonzalez Profesional de atención a la Primera Infancia.

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

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 MÉDICA

Fecha Actual : martes, 04 noviembre 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
Nº223556

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHA Bogota D.C 4/11/2025
MEDICO 1010047731 LUISA FERNANDA CASTELLANOS CARREÑO
INFORMACION PACIENTE ALIARNIS ALEJANDRA CALZADILLA DIAZ **TIPO PACIENTE** Subsidiado **Sexo:** Femenino
TIPO DOCUMENTO RegistroCivil **NUMERO** 1206227299 **EDAD** 4 Años / 2 Meses / 28 Días **F. NACIMIENTO** 07/08/2021
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** 04/noviembre/2025 **FECHA FINAL** 06/noviembre/2025
COD DX J039 - AMIGDALITIS AGUDA, 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 DA INCAPACIDAD MEDIC APOR 3DIAS POR AMIGDALITIS BACTERINA .

Luisa Fernanda Castellanos Carreño

Nombre Medico: CASTELLANOS CARREÑO LUISA FERNANDA
Registro: 1010047731

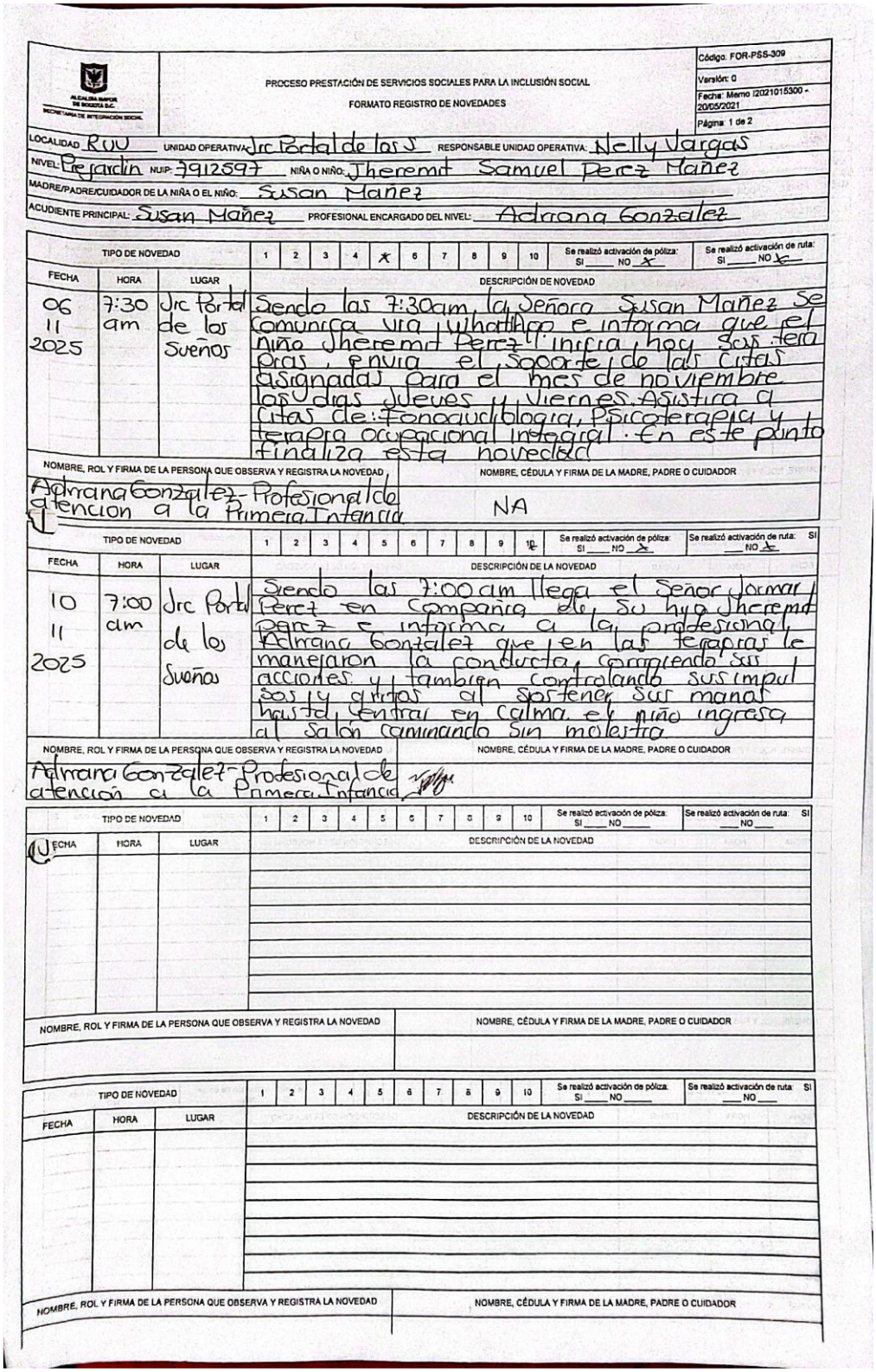
Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Usuario: 1010047731

Recibido 05-11-2025
Adriana G

- **JHEREMIT SAMUEL PÉREZ MAÑEZ**

NOVEDAD DEL 06, 07, 13, 14, 20, 21, 27 Y 28 (CITAS DE TERAPIAS TODOS LOS JUEVES Y VIERNES)



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: Rafu UNIDAD OPERATIVA: Jrc Portal de los S RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Prejardin NUIP: 7912597 NIÑA O NIÑO: Jheremit Samuel Perez Mañez
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Susan Mañez
ACUDIENTE PRINCIPAL: Susan Mañez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Adriana Gonzalez

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
06 11 2025	7:30 am	Jrc Portal de los Sueños	Siendo las 7:30am la Señora Susan Mañez Se Comunica via Whatsapp e informa que el niño Jheremit Perez inicia hoy sus terapias, envia el soporte de las citas asignadas para el mes de noviembre los dias Jueves y Viernes. Asistira a citas de: Fonoaudiologia, Psicoterapia y terapia ocupacional Integral. En este punto finaliza esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Adriana Gonzalez - Profesional de atencion a la Primera Infancia
NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: NA

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
10 11 2025	7:00 am	Jrc Portal de los Sueños	Siendo las 7:00 am llega el Señor Jomar Perez en compañia de su hijo Jheremit Perez e informa a la profesional Adriana Gonzalez que en las terapias le manejaron la conducta, corrigiendo sus acciones y tambien controlando sus impulsos y gritos al sostener sus manos hasta lograr entrar en calma el niño ingresa al salón caminando sin molestia

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Adriana Gonzalez - Profesional de atención a la Primera Infancia
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 AGENDAMIENTO DE CITAS

Citas agendadas por paciente

IPS GOLEMAN SERVICIO INTEGRAL S.A.S.
NIT 900231829 - 4
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
CR 35 BIS 58 83 IN 7944011 7944011 2
Bogotá/ Colombia

www.goleman.com.co
Infopanacea@golemann.com.co

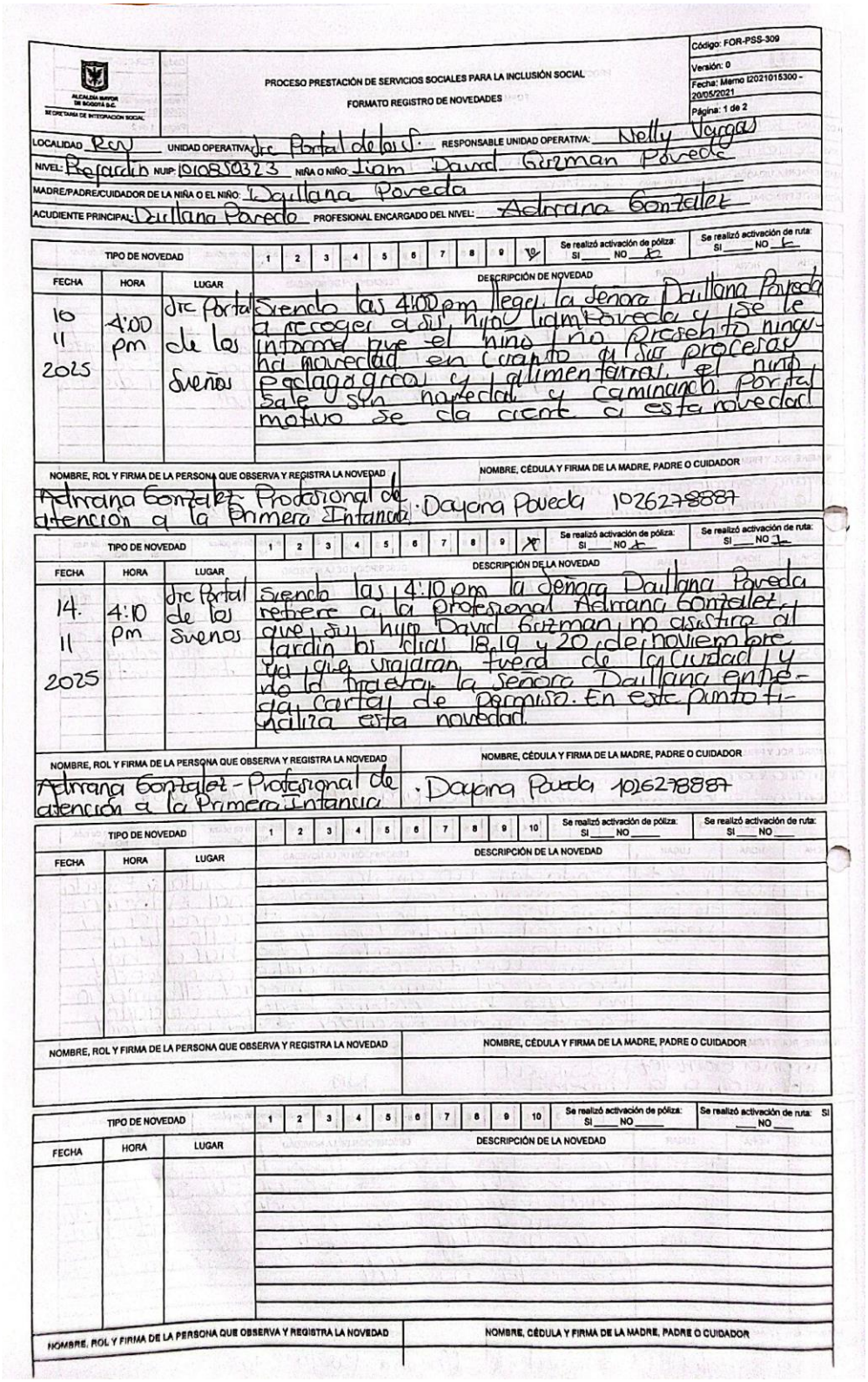
Entidad Remisoria: CAPITAL SALUD EPS	**Nit:** 900298372
Sucursal: IPS GOLEMAN	**Contrato:** EPS55-2 PIR - E.P.S. CAPITAL SALUD SUBSIDIADO 2024
Profesional: YERALDINE PERDOMO CAMPO	**Especialidad:** FONOAUDIOLOGIA
Identificación: SC2 7912597	**Direccion:** Bogotá RESTREPO CL 50 B SUR 5 C 14
Paciente: JHEREMIT SAMUEL PEREZ MAÑEZ	**Teléfono:** 3219752453
Edad: 4 Años	**Autorización:**
Genero: Masculino	

#	Fecha cita	Código servicio	Nombre servicio	
1	06/11/2025 9:00 AM	937000.NF	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD SESION	**Firma paciente:** _____
2	07/11/2025 9:00 AM	937000.NF	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD SESION	**Firma paciente:** _____
3	13/11/2025 9:00 AM	937000.NF	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD SESION	**Firma paciente:** _____
4	14/11/2025 9:00 AM	937000.NF	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD SESION	**Firma paciente:** _____
5	20/11/2025 9:00 AM	937000.NF	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD SESION	**Firma paciente:** _____
6	21/11/2025 10:30 AM	937000.NF	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD SESION	**Firma paciente:** _____
7	27/11/2025 9:00 AM	937000.NF	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD SESION	**Firma paciente:** _____
8	28/11/2025 9:00 AM	937000.NF	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD SESION	**Firma paciente:** _____

_____
Firma Coordinadora

- **LIAM DAVID GUZMAN POVEDA**

NOVEDAD DEL 18 AL 20 (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 Uribe Uribe UNIDAD OPERATIVA: Jardín Portal de los Sueños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas
NIVEL: Reparación NUIP: 1018539323 NIÑA O NIÑO: Liam David Guzman Poveda
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Daiana Poveda
ACUDIENTE PRINCIPAL: Daiana Poveda PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Adriana Gonzalez

Novedad 1

TIPO DE NOVEDAD: 10 — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
10 11 2025	4:00 pm	Jardín Portal de los Sueños	Siendo las 4:00 pm llega la señora Daiana Poveda a recoger a su hijo Liam Poveda y se le informa que el niño no presenta ninguna novedad en cuanto a su proceso pedagógico y alimentario. El niño sale sin novedad y caminando. Por tal motivo se da cierre a esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Adriana Gonzalez Profesional de atención a la Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Daiana Poveda 1026278887

Novedad 2

TIPO DE NOVEDAD: 7 — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
14. 11 2025	4:10 pm	Jardín Portal de los Sueños	Siendo las 4:10 pm la señora Daiana Poveda refiere a la profesional Adriana Gonzalez, que su hijo David Guzman no asistira al jardín los días 18, 19 y 20 de noviembre, ya que viajaran fuera de la ciudad y da la fecha la señora Daiana entrega carta de permiso. En este punto finaliza esta novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Adriana Gonzalez - Profesional de atención a la Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Daiana Poveda 1026278887

Novedad 3

TIPO DE NOVEDAD — 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

Novedad 4

TIPO DE NOVEDAD — 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 18 AL 20 CARTA PERMISO DE VIAJE

Bogotá, 11 de Noviembre 2025

Señores

Por medio de la presente informo que Liam David Guzman (hijo) no asistira los dias 18, 19 y 20 de noviembre al Jardin ya que nos ausentaremos de la ciudad.

Cordialmente
Dayana Poveda
1026278887 de Bogotá.
Acudiente y madre.

Recibido 14-11-2025
Adriana Gonzalez