	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 - CIUDAD BOLIVAR UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: BERTILDA SALAS CRUZ

NIVEL: Pre-jardin NUIP: 1023421048 NIÑA O NIÑO: Nicolas Muñoz Herrera.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Wendy Caterine Herrera.

ACUDIENTE PRINCIPAL: Wendy Herrera. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yesica Alvarez.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5 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
03-12 2025	10:35	J1 caminos dela vida Pre-jardin	Siendo las 10:35 am la señora wendy Herrera ingresa al jardin a recoger al niño Nicolas Herrera ya que tiene cita de Crecimiento y desarrollo, por esta razón la mamá indica que el niño ya no regresara debido a que le queda un poco lejos. el niño sale en optimas condiciones de salud y fisicas, se hace entrega de paquete (leche, galleta), fruta,

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yesica Alvarez Docente.	Wendy Herrera 1007437603

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
03-12 2025	1:10	J1 caminos dela vida Pre-jardin	Siendo la 1:10 pm la docente se comunica via whatsapp con la señora wendy Herrera y ella pregunta por el niño la mamá contesta que desde Crecimiento y desarrollo remiten el niño a urgencias por que al parecer tiene sintomas de bronquitis, por ello la mamá indica que se estara comunicando de acuerdo a lo que le indiquen en el médico.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yesica Alvarez Docente	No aplica.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5 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	
04-12 2025	7:40	J1 Caminos dela vida Prejardin	Siendo las 7:46am la docente se comunica con la señora. wendy Herrera preguntando por nicolas, ella contesta que el niño aun se encuentra en el medico ya que lo dejaron en observacion, indica que le realizaron examenes médicos y todo esta bien entonces esperaran que les den salida prontamente y seguiran en comunicacion con la docente.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yesica Alvarez Docente.	No aplica

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5 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
04-12 2025	9:30	J1 caminos dela vida Pre-jardin	Siendo las 9:30 la madre de Nicolas Herrera se comunica con la docente y le comenta que aun siguen en el medico y al parecer lo dejaran en observación toda la mañana, mas tarde se volvera a comunicar con la docente para comentar como sigue, cede por finalizada esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yesica Alvarez Docente.	No aplica

	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 - CIUDAD BOLIVAR UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: BERTILDA SALAS CRUZ

NIVEL Pejardin NUIP 1023421948 NIÑA O NIÑO Nicolas Muñoz Herrera

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Wendy caterine Herrera

ACUDIENTE PRINCIPAL Wendy Herrera PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Yesica Alvarez

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											
05-12 2025	7:45	JI caminos de la vida Pre-jardin	Siendo las 7:45 la docente se comunica con la Wendy Herrera preguntando por Nicolas Muñoz, ella contesta que ya le dieron salida pero tiene incapacidad y debe estar con oxigeno para seguir mejorando, la docente entiende y le sugiere a la mama seguir el tratamiento con el niño hasta que se mejore, se cierra esta novedad											
NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD			NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR											
Yesica Alvarez Docente			No aplica.											

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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												
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											

INCAPACIDAD
GENERADO: 05/12/2025 09:28

SUCURSAL CLINICA INFANTIL SANTA MARIA DEL LAGO
DIRECCIÓN CL 73 A # 76-66 BRR TABORA

TELEFONO 0
ENTIDAD AFILIACIÓN EPS PGP HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO

NIT 800149384
CIUDAD BOGOTÁ, D.C.

NOMBRE USUARIO NICOLAS MUÑOZ HERRERA
FECHA 05/12/2025

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN RC - 1023421948
PLAN USUARIO OTRO

CARNÉT 010 (PLAN) 000000008482629 (CONTRATO) 00001 (FAMILIA) 000000006 (USUARIO)
TIPO DE USUARIO CONTRIBUTIVO

FECHA NACIMIENTO: 05/12/2021 **ESTADO CIVIL:** OTRO **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE

DIR. DOMICILIO: CRA 76A N 60B 11 **TEL. DOMICILIO:** 3213598085 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.

TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** HERRERA WENDY **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3212958432

RESPONSABLE: WENDY HERRERA **PARENTESCO:** MADRE **TEL. RESPONSABLE:** 3212958432

Código REPS: 110010918668 CLINICA INFANTIL SANTA MARIA DEL LAGO **Grupo de Servicios:** Internación **Modalidad:** Intramural

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 10
FECHA INICIAL: 03/12/2025
FECHA FINAL: 12/12/2025

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: J98.0
TIPO DE INCAPACIDAD: ORIGEN COMÚN
PRÓRROGA: NO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO: R50.9
RETROACTIVA: SI. 01. Urgencias o Internación del paciente.

CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: PACIENTE HOSPITALIZADO DESDE EL 03/12/2025 EN COMPAÑIA PERMANENTE DE SUS ACUDIENTES POR SER MENOR DE EDAD. EGRESA EN PLAN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: MEDINA HERNANDEZ MARIA ALEJANDRA

REGISTRO: 1020819863

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE