CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA
NIT: 860070301
SEDE PRESTACIÓN: SAMU AV 68
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PACIENTE

Página: 1 de 1

N° Ingreso: 1450056

RC 1016126301 CRISTIAN SAMUEL PEÑA SANTAMARIA

Fecha Nacimiento: 27 jun. 2025 Edad: 1 Años Sexo: Hombre Estado Civil: Soltero Etnia: Ninguna de las anteriores Tipo Afiliado: Contributivo beneficiario

Grupo Poblacional: OTROS GRUPOS POBLACIONALES Ocupación: Otro
Lugar Residencia: BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA D.C Dirección: CL 13 121 21 Teléfono: 3202954457
Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR TRIAGE I - II CONTRIBUTIVO

INCAPACIDAD N°. 5381151 - Ingreso N°. 1450056 - Fecha Registro: 05 jul. 2026 03:59 p. m.

Modalidad Atención: 01 Intramural Grupo de Servicio: 01 Consulta externa
Causa de Ingreso: ENFERMEDAD GENERAL
Prórroga: No
Empresa: COMPENSAR Ocupación: ESTUDIANTE
Diagnóstico Principal: K529 - COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS
Diagnóstico Relacionado:
Origen Incapacidad: Común Fecha Inicio: 05 jul. 2026 Fecha Finalización: 09 jul. 2026
N°. Total días: 5
Incapacidad Retroactiva: NO

Diana Quintero

Profesional: DIANA YERALDIN QUINTERO CUERVO
Identificación: CC 1052411784
Especialidad: PEDIATRIA - Reg. Médico: 1052411784

Firma Paciente
Documento N°: RC 1016126301

Recibido
10/Julio/2026
Karen Forero

Autorizo a la facilitación para el uso de sus datos para manejo médico, contacto y envío de información de la institución según el derecho constitucional basado en la ley 1581 de 2012, en la cual se expresa el derecho que tienen todas las personas para conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de d tos, archivos y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales.

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO SEGUIMIENTO A LLAMADAS

Código: FOR-PSS-433
Versión: 0
Fecha: Memo (2021008183 - 12/03/2021
Página: 1 de 1

No.	DATOS DEL CIUDADANO A QUIEN SE LLAMA (PARTICIPANTE, ACUDIENTE, CUIDADOR, FAMILIAR O TUTOR)									LLAMADA								DATOS DE QUIEN REALIZA LA LLAMADA			
	FECHA DE LA LLAMADA	HORA DE LA LLAMADA	NÚMERO TELEFÓNICO AL QUE SE LLAMÓ	APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTO		HISTORIA SOCIAL / EXPEDIENTE / FICHA SIRBE	SERVICIO/ MODALIDAD/ PROYECTO/ APOYO	¿Se comunicó con el ciudadano?		SI LA RESPUESTA ES NO		MOTIVO DE LA LLAMADA	¿Se suministró la información?		COMPROMISO / ACUERDO	¿Requiere seguimiento? (otra llamada)		OBSERVACIONES	DIRECCIÓN / SUBDIRECCIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO / MODALIDAD / PROYECTO / APOYO	CARGO / ROL
						TIPO	NÚMERO			SI	NO	Nombres y Apellidos de la persona que responde la llamada	Parentesco u otro		SI	NO		SI	NO					
1	06/Julio 2026	7:39	320295 4457	Santamaria Murcia	Lizeth Daniela	C.C.	100013 4737		Infancia	X				Incapacidad Medica	X			X			Infancia	Karen Forero	J.I.C.	Profesional atención primera infancia
2	07/Julio 2026	13:25	320295 4457.	Santamaria Murcia	Lizeth Daniela	C.C.	100013 4737		Infancia	X				Incapacidad Medica	X			X			Infancia	Karen Forero	J.I.C.	Profesional atención primera infancia
3	8/Julio 2026	12:42.	320295 4457	Santamaria Murcia	Lizeth Daniela	C.C.	100013 4737		Infancia	X				Incapacidad Medica	X			X			Infancia	Karen Forero	J.I.C.	Profesional atención primera infancia
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO SEGUIMIENTO A LLAMADAS

Código: FOR-PES-433
Versión: 3
Fecha: Memo I2021008183 - 12/02/2021
Página: 1 de 1

	DATOS DEL CIUDADANO A QUIEN SE LLAMA (PARTICIPANTE, ACUDIENTE, CUIDADOR, FAMILIAR O TUTOR)											LLAMADA									DATOS DE QUIEN REALIZA LA LLAMADA			
No.	FECHA DE LA LLAMADA	HORA DE LA LLAMADA	NUMERO TELEFÓNICO AL QUE SE LLAMÓ	APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTO		HISTORIA SOCIAL / EXPEDIENTE / FICHA SIRBE	SERVICIO/ MODALIDAD/ PROYECTO/ APOYO	¿Se comunicó con el ciudadano?		SI LA RESPUESTA ES NO		MOTIVO DE LA LLAMADA	¿Se suministró la información?		COMPROMISO / ACUERDO	¿Requiere seguimiento? (otra llamada)		OBSERVACIONES	DIRECCIÓN / SUBDIRECCIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO / MODALIDAD / PROYECTO / APOYO	CARGO / ROL
						TIPO	NÚMERO			SI	NO	Nombres y Apellidos de la persona que respondió la llamada	Parentesco u otro		SI	NO		SI	NO					
	Registre el Día/Mes/Año en que realiza la llamada	Registre la hora exacta en que realiza la llamada	Registre el número telefónico al cual marcó	Registre los apellidos del ciudadano a quien llama	Registre los nombres del ciudadano a quien llama	Registre el tipo de documento (Ver anexo)	Registre el número de documento	Registre el número solicitado	Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo actual asignado	Marque con una X SI o No, de acuerdo a la respuesta		Si la respuesta es NO, registre nombres y apellidos de la persona que responde la llamada	Registre el parentesco u otro tipo de vínculo (Ver Anexo)	Escriba brevemente el motivo por el cual se esta llamando al ciudadano. Es importante que sea muy específico y claro, ya que la respuesta hace parte de los seguimientos a que haya lugar.	Marque con una X SI o No, de acuerdo a la situación		Registre el acuerdo o compromiso relacionado con el motivo (Ver anexo)	Marque con una X SI o No de acuerdo a la pregunta (Ver Anexo)		Registre observaciones (Opcional) ej: si no se logró la comunicación (Ver anexo)	Registre la dependencia a la cual pertenece la persona que realiza la llamada	Registre los nombres y apellidos de la persona que realiza la llamada	Registre el nombre, modalidad, proyecto o apoyo al cual pertenece la persona	Registre el cargo o rol de la persona que realiza la llamada
1	28/07/2026	8:20	310416 7703	González Serrato	Cristopher	RC.	10161 22310		J.I color kids.	X		Luis Manuel González.	papá	Informa que el participante le hacen entrega de incapacidad.	X		n/a	X		n/a	Fontibón	Lorena Cueto	J.I color kids	Profesional en atención a la primera infancia.
2	29/07/2026	8:40	310416 7703	González Serrato	Cristopher	RC	10161 22310		J.I color kids	X		Luis Manuel González	Papá	Seguimiento a incapacidad	X		n/a	X		n/a	Fontibón	Lorena Cueto	J.I color kids	Profesional en atención a la primera infancia.
3	30/07/2026	9:13	310416 7703	González Serrato	Cristopher	RC	10161 22310		J.I color kids	X		Luis Manuel González	papá.	Seguimiento a incapacidad	X		n/a	X		n/a	Fontibón	Lorena Cueto	J.I color kids	Profesional en atención a la primera infancia
4	31/07/2026.	9:21	30416 7703	González Serrato	Cristopher	RC	10161 22310		J.I color kids.	X		Luis Manuel González	papá	Seguimiento a incapacidad.			n/a		X	n/a	Fontibón	Lorena Cueto	J.I color kids.	Profesional en atención a la primera infancia.
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

Powered by CamScanner

Fecha Impresión 27/07/2026

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

compensar | salud

Entidad: COMPENSAR EPS
Lugar: BOGOTA

Prestador: COMPENSAR CAJA DE COMPENSACION
NIT prestador: 8600669427 **REPS:** 110010733522

Paciente: CRISTOPHER GONZALEZ SERRATO
Edad: 3 **Sexo:** Masculino **Tipo Identificación:** RC **Identificación:** 1016122310

Grupo Servicios: Consulta externa
Origen Prestación: Común
Modalidad Atención: Ambulatorio
Fecha Expedición: 27/07/2026
Días Incapacidad: 5

Incapacidad Retroactiva:
Tipo Incapacidad: Inicial
Hora: 10:54:00
Inicio Incapacidad: 27/07/2026

Servicio de prestación: Intramural
Causa:
Prórroga: No
Causa Incapacidad: Enfermedad General
Fin Incapacidad: 31/07/2026

Nit Empleador:

Número Incapacidad: 6243215
Número Interno: 6243215

Diagnóstico Principal	Diagnósticos Relacionados
J00X	H109

Observaciones

Vigilado Supersalud

Firma: GRUESO SILVA DIANA MARCELA
CC 1136879420

Registro Médico: 1136879420

Especialidad: PEDIATRIA
Sede: 10F USS FONTIBÓN

Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner

Sur Occidente E.S.E.

900959048 - 4

Código REPS 110013029603 KE11 - HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL

INCAPACIDAD MÉDICA
Nº283475

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 19 julio 2026 03:25 p. m. **Bogota D.C.**

Médico: 79340415 FRAY RAUL MANRIQUE PEREZ

Información Paciente: ALEX JERONIMO GALVIS MONROY **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Masculino

Tipo Documento: RegistroCivil **Número:** 1016125266 **Edad:** 1 Años / 10 Meses / 17 Días **F. Nacimiento:** 31/08/2024

Entidad: RS_179_2 EPS FAMISANAR PGP SUBSIDIADO

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 5 **Fecha Inicial:** 19/julio/2026 **Fecha Final:** 23/julio/2026

Diagnóstico: A084 - INFECCION INTESTINAL VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

Descripción de la incapacidad:

INCAPACIDAD MEDICA DURANTE 5 DIAS

Diagnóstico relacionado:

Presunto origen: Comun

Código de prestador: RS_026

Grupo de Servicios ConsultaExterna

Clase Incapacidad: **Inicial**

Incapacidad Retroactiva: Ninguna

Nombre prestador: EPS-S FAMISANAR

Tipo de incapacidad Ninguna

Tipo de atención: EnfermedadGeneral

Modalidad de la prestación del servicio: Intramural

Causa que motiva la atención

MANRIQUE PEREZ FRAY RAUL
PEDIATRIA
Cédula de ciudadanía-79340415

Recibido
24 Julio/2026
Maria
José
Fonseca

LICENCIADA A SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [redacted]

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO SEGUIMIENTO A LLAMADAS	Código: FOR-PSS-433 Versión: 0 Fecha: Memo I2021005193 - 12/02/2021 Página: 1 de 1

	DATOS DEL CIUDADANO A QUIEN SE LLAMA (PARTICIPANTE, ACUDIENTE, CUIDADOR, FAMILIAR O TUTOR)									LLAMADA									DATOS DE QUIEN REALIZA LA LLAMADA			
No.	FECHA DE LA LLAMADA	HORA DE LA LLAMADA	NÚMERO TELEFÓNICO AL QUE SE LLAMÓ	APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTO		HISTORIA SOCIAL / EXPEDIENTE / FICHA SIRBE	SERVICIO/ MODALIDAD/ PROYECTO/ APOYO	¿Se comunicó con el ciudadano?		SI LA RESPUESTA ES NO		MOTIVO DE LA LLAMADA	¿Se suministró la información?		COMPROMISO / ACUERDO	¿Requiere seguimiento? (otra llamada)		OBSERVACIONES	DIRECCIÓN / SUBDIRECCIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO / MODALIDAD / PROYECTO / APOYO	CARGO / ROL
						TIPO	NÚMERO			SI	NO	Nombres y Apellidos de la persona que respondió la llamada	Parentesco u otro		SI	NO		SI	NO					
	Registre el Día/Mes/Año en que realiza la llamada	*Registre la hora exacta en que realiza la llamada*	*Registre el número telefónico al cual marcó*	*Registre los apellidos del ciudadano a quien llama*	*Registre los nombres del ciudadano a quien llama*	*Registre el tipo de documento (Ver anexo)*	*Registre el número de documento*	*Registre el número solicitado*	*Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo al cual pertenece el*	*Marque con una X Si o No, de acuerdo a la pregunta*		*Si la respuesta es NO, registro nombres y apellidos de la persona que respondió la llamada*	*Registre el parentesco u otro tipo de vínculo (Ver anexo)*	*Escriba brevemente el motivo por el cual se está llamando al ciudadano. Es importante que sea muy específico y claro, ya que la respuesta haría parte de los seguimientos a que haya lugar.*	*Marque con una X Si o No, de acuerdo a la pregunta*		*Registre el acuerdo o compromiso relacionado con el motivo (Ver anexo)*	*Marque con una X Si o No, de acuerdo a la pregunta (Ver Anexo)*		*Registre observa-ciones relevantes, ej: si no se logró la*	*Registre la dependencia a la cual pertenece la persona que realiza la llamada*	*Registre los nombres y apellidos de la persona que realiza la llamada*	*Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo al cual pertenece la persona que*	*Registre el cargo o rol de la persona que realiza la llamada*
1	21-07-26	**09:00**	**3214472168**	Monroy Moreno	Katherine Andrea	cc	1.016.021.145		JARDIN INFANTIL COLOR KIDS	X		Katherine Andrea Monroy Moreno	MAMÁ	INCAPACIDAD MEDICA	x			X			INFANCIA	Maria Jose Fonseca Garcia	J.I.C.	Profesional en atencion ala primera inafncia
2	22-07-26	**09:30**	**3214472168**	Monroy Moreno	Katherine Andrea	cc	1.016.021.145		JARDIN INFANTIL COLOR KIDS	x		Katherine Andrea Monroy Moreno	MAMÁ	INCAPACIDAD MEDICA	x			x			INFANCIA	Maria Jose Fonseca Garcia	J.I.C.	Profesional en atencion ala primera inafncia
3	23-07-26	**09:00**	**3214472168**	Monroy Moreno	Katherine Andrea	cc	1.016.021.145		JARDIN INFANTIL COLOR KIDS	x		Katherine Andrea Monroy Moreno	MAMÁ	INCAPACIDAD MEDICA	x			x			INFANCIA	Maria Jose Fonseca Garcia	J.I.C.	Profesional en atencion ala primera inafncia
4																								

IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **RC 1016122522**	
Paciente: **ANTHONY ARDILA CASAS**	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **28/11/2022 05:00**	
Edad y sexo: **3 Años, Masculino**	
Identificador único: **2578439-1**	Responsable: **COMPENSAR E.P.S. SUBSIDIADA**
Régimen: **CONTRIBUTIVO**	

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

cha: 26/07/2026 23:48 - Sede: FUND.HOSPITAL INFANTIL UNIV. DE SAN JOSE - Ubicación: CONSULTORIO PEDIATRICA - Servicio: RGENCIAS

rtificado de incapacidad - RESIDENTE PEDIATRA

ormación del prestador de servicios de salud
zón social: FUND. HOSPITAL INFANTIL UNIV. DE SAN JOSE
T: 900098476
ódigo del prestador de servicios de salud: 110011613301
ntidad promotora de salud: COMPENSAR E. P. S. SUBSIDIADA
gar de expedición: BOGOTA
cha de expedición: 26/07/2026.

ormación del paciente
ombre del afiliado: ANTHONY ARDILA CASAS
po de documento: RC
úmero de documento: 1016122522

upo de servicios: Internación
odalidad de la prestación del servicio: Extramural domiciliaria

agnóstico principal: A090

esunto origen de la incapacidad: Común

cha de inicio de la incapacidad: 26/07/2026
echa de terminación de la incapacidad: 27/07/2026
ías de incapacidad: 2
orroga: No
capacidad retroactiva: 01. Urgencias o internación del paciente.

bservaciones: -.

mado por: SANTIAGO ALONSO CAMACHO CORREA, Residente de RESIDENTE PEDIATRA, Registro 1022395659, CC 1022395659.
26/07/2026 23:49--Registro Pendiente de Aval--

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 26/07/2026 23:49

Recibido 28/07/2026

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO SEGUIMIENTO A LLAMADAS

Código: PDS-PSS-xxx
Versión: 5
Fecha: Idioma (2021/09/08 - 12/02/2021)
Página: 1 de 1

No.	DATOS DEL CIUDADANO A QUIEN SE LLAMA (PARTICIPANTE, ACUDIENTE, CUIDADOR, FAMILIAR O TUTOR)												LLAMADA								DATOS DE QUIEN REALIZA LA LLAMADA			
	FECHA DE LA LLAMADA	HORA DE LA LLAMADA	NÚMERO TELEFÓNICO AL QUE SE LLAMÓ	APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTO		HISTORIA SOCIAL / EXPEDIENTE / FICHA SIRBE	SERVICIO/ MODALIDAD/ PROYECTO/ APOYO	¿Se conectó con el ciudadano?		SI LA RESPUESTA ES NO		MOTIVO DE LA LLAMADA	¿Se suministró la información?		COMPROMISO / ACUERDO	¿Requiere seguimiento? (otra llamada)		OBSERVACIONES	DIRECCIÓN / SUBDIRECCIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO / MODALIDAD / PROYECTO / APOYO	CARGO / ROL
						TIPO	NÚMERO			SI	NO	Nombres y Apellidos de la persona que responde la llamada	Parentesco u otro		SI	NO		SI	NO					
	Registre el Día/Mes/Año en que realiza la llamada	*Registre la hora exacta en que realiza la llamada*	*Registre el número telefónico al cual llamó*	*Registre los apellidos del ciudadano a quien llama*	*Registre los nombres del ciudadano a quien llama*	*Registre el tipo de documento (Ver anexo)*	*Registre el número de documento*	*Registre el número solicitado*	*Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo en el cual está vinculado*	*Marque con una X Si o No, de acuerdo a la respuesta*		*Si la respuesta es NO, registre nombres y apellidos de la persona que responde la llamada*	*Registre el parentesco u otro tipo de vínculo (Ver anexo)*	*Escriba brevemente el motivo por el cual se está llamando el ciudadano. Es importante que sea muy específico y claro, ya que la respuesta hace parte de los requerimientos a que haya lugar*	*Marque con una X Si o No, de acuerdo a la respuesta*		*Registre el acuerdo o compromiso relacionado con el motivo (Ver anexo)*	*Marque con una X Si o No, de acuerdo a la pregunta (Ver Anexo)*		*Registre observaciones relevantes, ej: si no se logró la comunicación (Ver anexo)*	*Registre la dependencia a la cual pertenece la persona que realiza la llamada*	*Registre los nombres y apellidos de la persona que realiza la llamada*	*Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo al cual pertenece la persona que realiza la llamada*	*Registre el cargo o rol de la persona que realiza la llamada*
1	27 Julio 2026	12:53	314261 2740	Ariza Casas	Anthony	RC	1016122 522		J.I Color Kids	X		Paula Stefanía Casas	mamá	incapacidad.	X		N/A		X	N/A	Recepción	Luz Yanneth Pinzon Castillo	J.I Color Kids	profesional atención primera infancia
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

Powered by CamScanner

Clínica
de la Mujer

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **RC 1016125563**	
Paciente: **IAN JOEL CASTRO FIGUEROA**	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **19/11/2024 00:00**	
Edad y sexo: **1 Año y 7 meses, Masculino**	
Identificador único: **7344463-4**	Responsable: **COMPENSAR PAC**
Régimen: **Contributivo**	

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Fecha: 20/06/2026 17:08 - Ubicación: URGENCIAS PEDIATRIA - Servicio: URGENCIAS PEDIATRICA

Certificado de incapacidad - PEDIATRIA

Información del prestador de servicios de salud
Razón social: CLINICA DE LA MUJER S. A. S
NIT: 800117564
Código del prestador de servicios de salud: 110010793901
Entidad promotora de salud: COMPENSAR PAC
Lugar de expedición: BOGOTA D. C.
Fecha de expedición: 20/06/2026.

Información del paciente
Nombre del afiliado: IAN JOEL CASTRO FIGUEROA
Tipo de documento: RC
Número de documento: 1016125563

Grupo de servicios: Atención inmediata
Modalidad de la prestación del servicio: Intramural

Diagnóstico principal: K529

Presunto origen de la incapacidad: Común

Causa que motiva la atención: SE DA INCAPACIDAD POR 30 DIAS

Fecha de inicio de la incapacidad: 20/06/2026
Fecha de terminación de la incapacidad: 19/07/2026
Días de incapacidad: 30
Prórroga: No
Incapacidad retroactiva: No

La institución de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2126 de 2023 informa que el periodo para expedición de incapacidades por parte del médico tratante es de máximo 30 días
dicha incapacidad se puede prorrogar según criterio clínico, por periodos de hasta treinta (30) días cada uno.

Firmado por: ISABEL CRISTINA MONJE CARDONA, PEDIATRIA, Registro 30237694, el 20/06/2026 17:08

Recibido
24-06-2026
Vanessa Ortiz

Firmado electrónicamente

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO SEGUIMIENTO A LLAMADAS

Código: FOR-PES-435
Versión: 3
Fecha: Marzo 03/2021(RES - 1352/2021
Página: 1 de 1

	DATOS DEL CIUDADANO A QUIEN SE LLAMA (PARTICIPANTE, ACUDIENTE, CUIDADOR, FAMILIAR O TUTOR)													LLAMADA							DATOS DE QUIEN REALIZA LA LLAMADA			
No.	FECHA DE LA LLAMADA	HORA DE LA LLAMADA	NÚMERO TELEFÓNICO AL QUE SE LLAMÓ	APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTO		HISTORIA SOCIAL / EXPEDIENTE / FICHA SIRBE	SERVICIO/ MODALIDAD/ PROYECTO/ APOYO	¿Se comunicó con el ciudadano?		SI LA RESPUESTA ES NO		MOTIVO DE LA LLAMADA	¿Se suministró la información?		COMPROMISO / ACUERDO	¿Requiere seguimiento? (otra llamada)		OBSERVACIONES	DIRECCIÓN / SUBDIRECCIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO / MODALIDAD / PROYECTO / APOYO	CARGO / ROL
						TIPO	NÚMERO			SI	NO	Nombres y Apellidos de la persona que responde la llamada	Parentesco u otro		SI	NO		SI	NO					
	Registre el Día/Mes/Año en que realiza la llamada	Registre la hora exacta en que realiza la llamada	Registre el número telefónico al cual marcó	Registre los apellidos del ciudadano a quien llama	Registre los nombres del ciudadano a quien llama	Registre el tipo de documento (Cédula, etc)	Registre el número de documento	Registre el número asignado	Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo	Marque con una X SI el ciudadano a la llamada	Marque con una X NO si el ciudadano a la llamada	Si la respuesta es NO registre nombres y apellidos de la persona que responde la llamada	Registre el parentesco u otro tipo de vínculo	Escriba brevemente el motivo por el cual se está llamando al ciudadano. Es importante que sea muy específico y claro, ya que la respuesta hará parte de los seguimientos a que haya lugar	Marque con una X SI la información fue suministrada al ciudadano	Marque con una X NO si la información no fue suministrada al ciudadano	Registre el acuerdo o compromiso determinado con el ciudadano (cuando aplique)	Marque con una X SI se requiere una nueva llamada	Marque con una X NO si no se requiere una nueva llamada	Registre observaciones (cuando aplique)	Registre el departamento o de cual pertenece la persona que realiza	Registre los nombres y apellidos de la persona que realiza la llamada	Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo al cual pertenece la	Registre el cargo o rol de la persona que realiza la llamada
1	6-07-2026	9:07	3214269542	Figueroa Palma	Maria Lizeth	CC	1030646646		Jardin cofinanciado Color Kids	X		Lizeth Figueroa	Mamá	Incapacidad Medica	X		Seguimiento Incapacidad	X			Infancia	Angie Vanessa Ortiz Bonilla	JIC	Profesional atención primera infancia
2	9-07-2026	8:56	3214269542	Figueroa Palma	Maria Lizeth	CC	1030646646		Jardin cofinanciado Color Kids	X		Lizeth Figueroa	Mamá	Incapacidad Medica	X		Seguimiento Incapacidad	X			Infancia	Angie Vanessa Ortiz Bonilla	JIC	Profesional atención primera infancia
3	14-07-2026	7:37	3214269542	Figueroa Palma	Maria Lizeth	CC	1030646646		Jardin cofinanciado Color Kids	X		Lizeth Figueroa	Mamá	Incapacidad Medica	X		Seguimiento Incapacidad	X			Infancia	Angie Vanessa Ortiz	JIC	Profesional atención primera Infancia
4	16-07-2026	8:10	3214269542	Figueroa Palma	Maria Lizeth	CC	1030646646		Jardin cofinanciado Color Kids	X		Lizeth Figueroa	Mamá	Incapacidad Medica	X		Seguimiento Incapacidad	X			Infancia	Angie Vanessa Ortiz Bonilla	JIC	Profesional atención primera infancia
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO SEGUIMIENTO A LLAMADAS

Código: FOR-PSS-433
Versión: 0
Fecha: Mema (02/12/2021 - 12/02/2021
Página: 1 de 1

	DATOS DEL CIUDADANO A QUIEN SE LLAMA (PARTICIPANTE, ACUDIENTE, CUIDADOR, FAMILIAR O TUTOR)											LLAMADA									DATOS DE QUIEN REALIZA LA LLAMADA			
No.	FECHA DE LA LLAMADA	HORA DE LA LLAMADA	NUMERO TELEFÓNICO AL QUE SE LLAMÓ	APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTO		HISTORIA SOCIAL / EXPEDIENTE / FICHA SIRBE	SERVICIO/ MODALIDAD/ PROYECTO/ APOYO	¿Se comunicó con el ciudadano?		SI LA RESPUESTA ES NO		MOTIVO DE LA LLAMADA	¿Se suministró la información?		COMPROMISO / ACUERDO	¿Requiere seguimiento? (otra llamada)		OBSERVACIONES	DIRECCIÓN / SUBDIRECCIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO / MODALIDAD / PROYECTO / APOYO	CARGO / ROL
						TIPO	NÚMERO			SI	NO	Nombres y Apellidos de la persona con respondió la llamada	Parentesco u otro		SI	NO		SI	NO					
	Registre el Día, Mes/Año en que realiza la llamada	*Registre la hora exacta en que realiza la llamada*	*Registre el número telefónico al cual marco*	*Registre los apellidos del ciudadano a quien llama*	*Registre los nombres del ciudadano a quien llama*	*Registre el tipo de documento: (cc, ti, rc, cn, ce)*	*Registre el número de documento*	*Registre el número solicitado*	*Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo*	*Marque con una X SI o NO de acuerdo a la respuesta*		*Si la respuesta es NO, registre nombres y apellidos de la persona que realizando la llamada*	*Registre el parentesco u otro tipo de vínculo (hijo, ...)*	*Escriba brevemente el motivo por el cual se esta llamando al ciudadano. Si el ciudadano tiene una cita u otro evento, ya que la respuesta no es a este especifico y que hay o lugar*	*Marque con una X SI o NO de acuerdo a la respuesta*		*Registre el acuerdo o compromiso relacionado con el motivo (cuando aplique)*	*Marque con una X SI o NO de acuerdo a la pregunta (cuando aplique)*		*Registre observaciones o datos relevantes en el seguimiento (cuando aplique)*	*Registre la dependencia a la cual pertenece la persona que realiza la llamada*	*Registre sus nombres y apellidos de la persona que realiza la llamada*	*Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo en el cual fue(fueron) vinculado(s)*	*Registre el cargo o rol en su empresa que realiza la llamada*
1	16/7/26	7:00	301 277 4664	Hoshe Medina	Soia	RC	1124095 829		Infancia	X		Yulieth Medina	Mamá	Incapacidad - Seguimiento a salud	X		N/A	X			Fontibon	Libia Pinzón	J.I. Contratado	Profesional Adm. P. Inf.
2	21/7/26	7:00	301 277 4664	Hoshe Medina	Soia	RC	1124095 829		Infancia	X		Yulieth Medina	Mamá	Incapacidad Seguimiento a Salud	X		N/A	X			Fontibon	Libia Pinzón	J.I. Contratado	Prof. Adcion P. Infancia
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

Powered by CamScanner

CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100

NIT. 9010416913
Calle 54 # 28-10.Teléfono: 6014871929
Primer apellido: HOSTIA Segundo apellido: MEDINA
Primer nombre: SARA Segundo nombre: ISABEL
Identificación: RC 1124095829 - Sexo: Femenino - Edad: 2 Años
Fecha de nacimiento: 2023/12/06

CERTIFICADO MÉDICO No. 202607141057774

BOGOTA D.C.
2026-07-14
Contrato E.P.S Sanitas: 10-10729790-1-2

CERTIFICADO MÉDICO

Peso: 12.2 kg Talla: .925 m IMC: 14.26 kg/m2 Perímetro cefálico: 47 cm Perímetro del brazo: 15 cm No asiste a programa de crecimiento y desarrollo

Indicadores antropométricos

IMC/Edad: No Aplica (Verificar con P/T). Perimetro Cefálico/Edad: Normal. Peso/Edad: Peso adecuado para la edad. Peso/Talla: Peso adecuado para la talla. Talla/Edad: Talla adecuada para la edad.

Certifico que el paciente asistió en el día de hoy a la consulta médica, incapacidad medica para jardin por 1 semana

MÉDICO



Shirley Margarita Laguna De La Rosa - Pediatria
CC 45577247 - RM. 45577247

Original

Impresión realizada por: smlaguna

Powered by CamScanner

PRESCRIPCION DE INCAPACIDAD
Instituto Roosevelt | NIT: 860013874
PROPACE sede 011 / Código Prestador: 110010825801
Dirección: CARRERA 54 # 65-85 | Bogotá, D.C., Bogotá, D.C.
Teléfono: 3534000

INCAPACIDAD MÉDICA

IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres: SALOME
Apellidos: RAMIREZ OSSA
Fecha de Nacimiento: 26/05/2024
Tipo de Identificación: Registro civil
No. de Identificación: 1145938135
Edad: 2 años 1 meses 25 días
Sexo: Femenino
EAPB: EPS SANITAS
Fecha y hora de inicio de la atención: 21/07/2026 11:59:12

CIUDAD Y FECHA DE PRESCRIPCIÓN: Bogotá, D.C., 21/07/2026 12:05 Horas
ESPECIALIDAD: Pediatría
CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: Enfermedad general
GRUPO DE SERVICIOS: Consulta externa
PRESUNTO ORIGEN: Común
INCAPACIDAD RETROACTIVA: Si
MOTIVO DE LA RETROACTIVIDAD: Internación del paciente
TIPO DE INCAPACIDAD: Única
FECHA INICIAL: 16/07/2026
FECHA FINAL: 28/07/2026
DÍAS DE INCAPACIDAD: 13 días, Trece días
COMENTARIOS: PACIENTE QUIEN SE ENCONTRABA EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DESDE EL DIA 16/07/2026 HASTA EL DIA 21/07/2026 QUIEN REQUIRIÓ ACOMPAÑAMIENTO Y CUIDADOS PERMANENTES POR PARTE DE LOS PADRES, SE INDICA INCAPACIDAD DE 7 DIAS MAS A PARTIR DE HOY.

Modalidad de la atención: Intramural

Modalidad de Atención: Intramural

Médico Hospitalario
Instituto U. Antonio Nariño
RETHUS T.P. 1018469037

ANNERIZ VANESSA RUBIANO ALVAREZ
CC No. 1018469037 / RM 1018469037

LUISA FDA RAMIREZ H.
Recibido
21/07/2026
SALOME RAMIREZ OSSA
RC 1145938135
ID encuentro: 18410593

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO SEGUIMIENTO A LLAMADAS

	DATOS DEL CIUDADANO A QUIEN SE LLAMA (PARTICIPANTE, ACUDIENTE, CUIDADOR, FAMILIAR O TUTOR)											LLAMADA								DATOS DE QUIEN REALIZA LA LLAMADA			
No.	FECHA DE LA LLAMADA	HORA DE LA LLAMADA	NUMERO TELEFÓNICO AL QUE SE LLAMO	APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTO		HISTORIA SOCIAL / EXPEDIENTE / FICHA BASE	SERVICIO/ MODALIDAD/ PROYECTO/ APOYO	¿Se comunico con el ciudadano?		SI LA RESPUESTA ES NO		MOTIVO DE LA LLAMADA	¿Se suministro la información?		COMPROMISO / ACUERDO	¿Requiere seguimiento? (Otra llamada)		OBSERVACIONES	DIRECCIÓN / SUBDIRECCIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO / MODALIDAD / PROYECTO / APOYO	CARGO / ROL
						TIPO	NUMERO			SI	NO	Nombres y Apellidos de la persona que respondió la llamada	Parentesco o cita		SI	NO		SI	NO					
	Registre en hora:min. en que inicio la gestión	Registre la hora efectiva en que inicio y se terminó	Registre el número telefónico al cual marco	Registre los apellidos del ciudadano a quien llama	Registre los nombres del ciudadano a quien llama	Registre el tipo de documento (cual aplica)	Registre el número de documento	Registre el número solicitado	Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo	Marque con una X SI o NO, de acuerdo a la gestión		Si la respuesta es NO, registre nombres y apellidos de la persona con la cual se dejo el mensaje	Registre el parentesco o cita con la persona	Describa detalladamente el motivo por el cual se esta llamando al ciudadano (a) mencionando que pasa una vez saque fecha y hora, o de la respuesta hasta parte de los compromisos a que haya lugar	Marque con una X SI o NO, de acuerdo a la gestión		Registre el acuerdo y compromiso establecido con el usuario (cual aplica)	Marque con una X SI o NO, de acuerdo a la gestión		Describa observaciones adicionales, si no se logro la comunicación	Registre la dirección o subdirección a la cual pertenece	Registre los nombres y apellidos de quien realiza la gestión	Registre el servicio, modalidad, proyecto o apoyo de quien realiza la gestión	Registre el cargo o rol de quien realiza la gestión
1	Julio 21 2026	13:12	3165876606	Ossa	leidy lorena	cc	1233906158		JIC	x		leidy lorena ossa ocampo	Madre	Inasistencia por hospitalización en casa	x		Seguimiento diario	y		/	Infancia	luisa Ramirez	JIC	Profesional en atención PI
2	Julio 22 2026	7:24	3165876606	Ossa	leidy lorena	cc	1233906158		JIC	x		leidy lorena ossa ocampo	Madre	Inasistencia por hospitalización en casa	x		Seguimiento diario	x		/	Infancia	luisa Ramirez	JIC	Profesional en atención PI
3	Julio 23 2026	8:12	3165876606	Ossa	leidy lorena	cc	1233906158		JIC	x		leidy lorena ossa ocampo	Madre	Inasistencia por hospitalización en casa	x		Seguimiento diario	x		/	Infancia	luisa Ramirez	JIC	Profesional en atención PI
4	Julio 24 2026	11:10	3165876606	Ossa	leidy lorena	cc	1233906158		JIC	x		leidy lorena ossa ocampo	Madre	Inasistencia por hospitalización en casa	x		Seguimiento diario	x		/	Infancia	luisa Ramirez	JIC	Profesional en atención PI
5	Julio 27 2026	14:32	3165876606	Ossa	leidy lorena	cc	1233906158		JIC	x		leidy lorena ossa ocampo	Madre	Inasistencia por hospitalización en casa	x		Seguimiento diario	x		/	Infancia	luisa Ramirez	JIC	Profesional en atención PI
6	Julio 28 2026	16:14	3165876606	Ossa	leidy lorena	cc	1233906158		JIC	x		leidy lorena ossa ocampo	Madre	Inasistencia por hospitalización en casa.	x		Seguimiento diario	x		/	Infancia	luisa Ramirez	JIC	Profesional en atención PI
7																								
8																								
9																								
10																								

Powered by CamScanner