Dia 26/08/2025
Anexo 11.1 Incapacidad

CLÍNICA DE MARLY
Cuida su Salud

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **RC 1024617410**		
Paciente: **EMMA LUCIANA CLAVIJO MURCIA**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **13/10/2023 00:00**		
Edad y sexo biológico: **1 Año y 10 Meses, Femenino**		
Identificador único: **641687-2**	Financiador: **COLMEDICA PLANES MCR (U Y H)**	**Régimen: Contributivo**

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Fecha: 20/08/2025 08:44 - Ubicación: URGENCIAS

Certificado de incapacidad - PEDIATRIA

Información del prestador de servicios de salud
Razón social: CLINICA DE MARLY S. A.
NIT: 860002541
Código del prestador de servicios de salud: 052660491001
Entidad promotora de salud: COMPENSAR
Lugar de expedición: Bogotá-Grandes Contribuyentes
Fecha de expedición: 20/08/2025.

Información del paciente
Nombre del afiliado: EMMA LUCIANA CLAVIJO MURCIA
Tipo de documento: RC
Número de documento: 1024617410

Grupo de servicios: Internación
Modalidad de la prestación del servicio: Intramural

Diagnóstico principal: A379 - TOS FERINA, NO ESPECIFICADA

Presunto origen de la incapacidad: Común
Causa que motiva la atención: SOSPECHA DE TOS FERINA

Fecha de inicio de la incapacidad: 18/08/2025
Fecha de terminación de la incapacidad: 27/08/2025
Días de incapacidad: 10
Prórroga: No
Incapacidad retroactiva: 04. No Aplica.

Observaciones: SE CERTIFICA ESTANCIA EN COMPAÑIA DE SU MADRE DESDE EL 18/08/2025 HASTA LA FECHA, REQUIERE CUIDADO DURANTE LA INCAPACIDAD.

Firmado por: SEBASTIAN CAMILO MEDINA RIVERA, PEDIATRIA, Registro 1032433742, CC 1032433742, el 20/08/2025 08:44

Recibido
21/08/2025
Ana Liliana Segura

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 20/08/2025 08:46:07

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PES-309
Versión: 6
Fecha: Marzo 2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 - CIUDAD BOLIVAR UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: BERTILDA SALAS CRUZ

NIVEL: Caminadores NIUP: 1024617410 NIÑO O NIÑA: Emma Luciana Clavijo Murcia

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O NIÑO: Lhiz Katherin Murcia Sanchez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Lhiz Katherin M. PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Ana Liliana Segura

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	X.	10	Se realizó activación de póliza SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta SI ___ NO X.
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
21/08/2025	7:30 am	J. I caminos de la vida - Aula caminadores	Siendo las 7:30 ingresa la señora Lhiz al aula de caminadores, donde hace entrega de la incapacidad de su hija y los soportes de la hospitalización, la docente le hace lectura de las novedades de seguimiento, tambien le pre- como esta la niña, la señora manifiesta que gracias a Dios esta bien mucho mejor, que le esta suminis- trando los medicamentos, la docente le recomienda avisar si la niña presenta algona novedad En este punto finaliza 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
Docente: Ana Liliana Segura	. Lhiz Katherin Murcia 1004208334

			1	X	3	4	5	6	7	8	X	10	NO X.	Se realizó activación de ruta SI ___ NO X.
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
22/08/2025	8:30 am.	J. I caminos de la vida. - Aula. caminadores.	Siendo las 8:30 de la mañana, ingresa la señora Lhiz al aula de caminadores, donde la docente le pregun- ta como sigue su hija Emma, ella manifiesta, que la niña se encuentra mucho mejor, se esta tomando los medicamentos, ya la tos le ha disminuido mucho, la docente le recomienda. que si la niña no presen- ta algona novedad. informar de inmediato. En este pun- to finaliza 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
Docente: Ana Liliana Segura.	Lhiz Katherin Murcia 1004208334

TIPO DE NOVEDAD			1	X	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta SI ___ NO X.
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
25/08/2025	9:00 am.	J. I caminos de la vida. - Aula caminadores	Siendo las 9:00 de la mañana ingresa la señora Lhiz al aula de caminadores, donde manifiesta que gracias a Dios la niña se encuentra mucho mejor que no presento ninguna novedad, durante el fin de semana que todavia se encuentra, en la espera del re- sultado del examen, la docente le recomienda in- formar se la niña presenta, algona novedad. En. este punto finaliza 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
Docente: Ana Liliana Segura	. Lhiz Katherin Murcia 1004208334

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta SI ___ NO X.
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
27/08/2025	8:40 am.	J. I caminos de la vida Aula caminadores	Siendo las 8:40 de la mañana ingresa la señora Lhiz al aula de caminadores, la docente le pregunta como esta su hija Emma, manifestando que muy bien, gracias a Dios, que hoy sale acaba la incapa- cidad, mañana, si Dios lo permite regresa en su horario habitual, la docente le recomienda avisa si la niña presenta algona novedad, en su salud. En este punto finaliza 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
Docente: Ana Liliana Segura	. Lhiz Katherin Murcia 1004208334.

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PES-309 Versión: 0 Fecha: Memo (20210103000 - 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: Caminadores NIUP: 1024617410 NIÑO O NIÑA: Emma Luciana Clavijo Murcia.

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O NIÑO: Uriz Katherin Murcia Sanchez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Uriz Katherin M PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Ana Liliana Segura

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta SI ____ NO X
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
28/08/2025	7:50 am.	J. I caminos de la vida -Aula caminadores.	Siendo las 7:50 de la mañana ingresa la Señora Uriz al aula de caminadores en compañía de su hija Emma, manifestando que la niña esta muy bien gracias a Dios, que ya termino los medicamentos que le suministraron la docente le recomienda estar muy pendiente del telefono por si se presenta alguna novedad con la niña, se evidencia que la niña ingresa tranquila y activa al aula de caminadores. En este punto finaliza 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
Docente: Ana Liliana Segura.	Uriz Katherin Murcia 1004208334.

			1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	NOX	Se realizó activación de ruta SI ____ NO X.
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
28/08/2025	16:20 pm.	J. I caminos de la vida -Aula caminadores	Siendo las 16:20 ingresa la Señora Uriz al aula de caminadores por su hija Emma, donde la docente le informa que la niña no presento ninguna novedad durante la jornada, consumio con agrado los alimentos, tambien consumio) participo activamente en las experiencias pedagogicas. Se evidencia que la niña sale en optimas condiciones fisicas, emocionale del aula de caminadores. En este punto se hace cierre de la novedad del dia. 19/08/2025											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Docente: Ana Liliana Segura.	Uriz Katherin Murcia 1004208334.

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											
No Aplica	No Aplica	No Aplica.	No Aplica.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica.	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											
No Aplica.	No Aplica.	No Aplica.	No Aplica.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No Aplica.	No Aplica.

Powered by CamScanner