IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **RC 1016124052**		
Paciente: **AMIRA CRISTAL PORRAS HUMANO**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **28/09/2023 00:00**		
Edad y sexo: **2 Años y 6 meses, Femenino**		
Identificador único: **771662-1**	Responsable: **COMPENSAR E.P.S**	
Ubicación: **1-HOSPITALIZACION 3 PISO**		Cama: **305**
Servicio: **HOSPITALIZACION**	**Régimen**	**Contributivo**

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Fecha: 15/04/2026 07:26 - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010 - Ubicación: 1-HOSPITALIZACION 3 PISO

Certificado de incapacidad - NEUROCIRUGIA

Información del prestador de servicios de salud
Razón social: INSTITUTO ROOSEVELT
NIT: 860013874
Código del prestador de servicios de salud: 110010825801
Entidad promotora de salud: COMPENSAR E. P. S
Lugar de expedición: BOGOTÁ
Fecha de expedición: 15/04/2026.

Información del paciente
Nombre del afiliado: AMIRA CRISTAL PORRAS HUMANO
Tipo de documento: RC
Número de documento: 1016124052

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

Diagnóstico principal: G800
Diagnóstico relacionado: Z988

Causa que motiva la atención: POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA DE COLUMNA, RIZOTOMÍA DORSAL SELECTIVA TORACOLUMBAR BILATERAL

Fecha de inicio de la incapacidad: 13/04/2026
Fecha de terminación de la incapacidad: 03/05/2026
Días de incapacidad: 21
Prórroga: No
Incapacidad retroactiva: Si 01. Urgencias o internación del paciente.

Guillermo A. Monsalve Duarte
Neurocirujano Funcional y Restaurativo
Instituto Roosevelt
T.P. 91487315

Firmado por: GUILLERMO ALFONSO MONSALVE DUARTE, NEUROCIRUGIA, Registro 91489315, CC 91489315

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 15/04/2026 07:27:47

Powered by CamScanner

ACTA N°

FECHA: Bogotá, abril, 27 de 2026

HORA: 05:00 p.m.

LUGAR: Jardin Infantil Color Kids

TEMA: Entrega paquete alimentario por incapacidad médica

ASISTENTES: Los relacionados al final del acta

ORDEN DEL DÍA:

1. Entrega paquete alimentario
2. Firma de recibido
3. Registro fotográfico
4. Cierre

DESARROLLO: Siendo las 05:00 p.m. del día 27 de abril 2026, se realiza la entrega de paquete alimentario a la participante Amira Cristal Porras Humano, en cumplimiento de la autorización emitida por la Subdirección para la Infancia.

La entrega se realiza en el marco de una incapacidad médica superior a cinco (5) días, durante la cual se identificó, por parte del equipo interdisciplinario dificultad de la familia para garantizar la alimentación de la niña, en atención a lo anterior y conforme a lineamiento de la SDIS, se realiza la entrega de cuatro (4) paquetes alimentarios tipo jornada pedagógica, correspondientes a los días hábiles comprendidos entre el 27 de abril y el 3 de mayo de 2026.

Así mismo, se deja constancia que los alimentos a entregar fueron verificados por la nutricionista de apoyo Paula Vera, quien realizo la revisión de las condiciones sanitarias, fechas de vencimiento y número de lote de cada producto, evidenciando que se encuentran en óptimas condiciones y son aptos para el consumo.

Paquete 27/04/2026

- Lenteja X 500 gr marca Mi cosecha Lote: 260126 FV 26/01/2027

Powered by CamScanner

- Arroz blanco x 250 gr marca Fudy Lote: 02/2026 FV 02/2027
- Leche entera UHT X 200 ml marca Latti Lote: 296 FV 13/08/2026
- Manzana X 125 gr

Paquete 28/04/2026

- Arveja seca X 500 gr marca Mi cosecha Lote: 06401702 FV 17/02/2027
- Conchas (pasta) X 250 gr marca Las nieves Lote: 51 FV 18/12/2026
- Avena Liquida UHT x 200 ml marca de la cuesta Lote: 058 FV 27/05/2026
- Pera X 156 gr

Paquete 29/04/2026

- Frijol X 500 gr marca SuDespensa Lote: 05012302 FV 23/02/2027
- Arroz blanco x 250 gr marca Fudy Lote: 02/2026 FV 02/2027
- Leche saborizada UHT X 200 ml marca Latti Lote L060 FV 08/06/2026
- Banano X 167 gr

Paquete 30/04/2026

- Garbanzo X 500 gr marca Mi cosecha Lote: GZO 140226 FV 14/02/2027
- Tornillos X 250 gr marca Doria Lote: 30202607 FV 24/07/2027
- Avena liquida saborizada marca De la cuesta X 200 ml Lote: 058 FV 27/05/2026
- Granadilla X 121 gr

Dicha entrega fue realizada por la responsable del servicio, Elizabeth Díaz Garzón a la señora Gimena Humano mamá de la participante, se brindaron recomendaciones sobre el adecuado almacenamiento, manipulación y consumo de los alimentos.

Se deja evidencia mediante registro fotográfico, el cual se anexa a la presente acta.

Powered by CamScanner

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

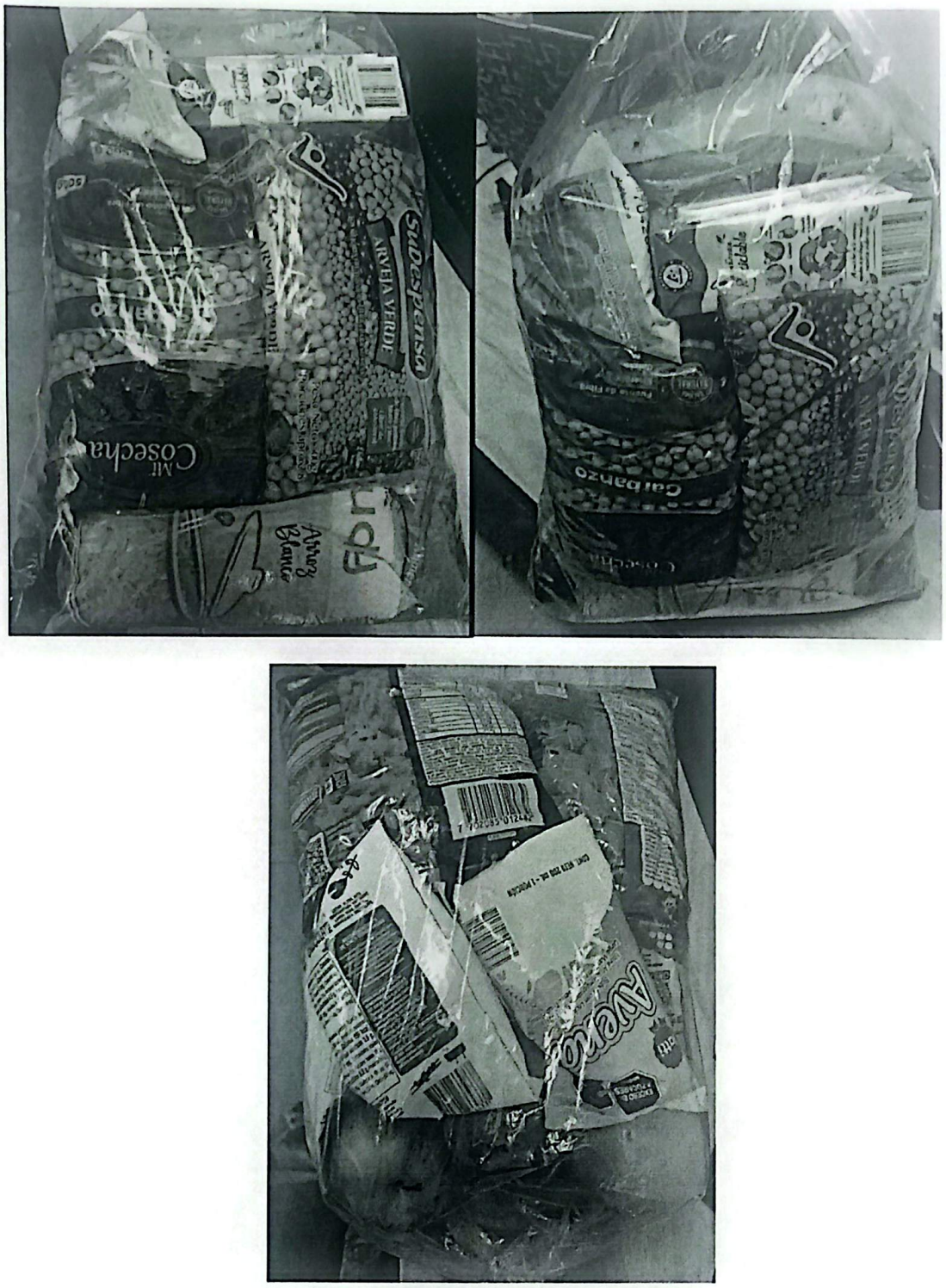
En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Elizabeth Diaz Gaitan Herrera	Responsable manos	J.I Cola Kids " "	

Anexos: Registro fotográfico

Elaboró: María Camila Barragán Rodríguez/ Auxiliar administrativa

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ACTA N°1

FECHA: Bogotá, Abril 24 de 2026

HORA: 12:00 – 16:00

LUGAR: Jardín Infantil Cofinanciado Color Kids

TEMA: Seguimiento Caso

ASISTENTES: Responsable Unidad Operativa, Profesional de atención a la primera infancia y psicóloga.

ORDEN DEL DÍA:

1. Socialización Novedades
2. Acompañamiento en medio familiar
3. Conclusiones

DESARROLLO:

1. El 13/04/2026, a la participante Amira Cristal Porras Humano del nivel Párvulo 2, le practicaron un procedimiento quirúrgico de columna denominado rizotomía dorsal selectiva de raíz de nervio espinal, contando con hospitalización desde el 13/04/2026 hasta el 15/04/2026, emitiendo por parte del Instituto Roosevelt, incapacidad que inicia desde 13/04/2026 a 03/05/2026. (Anexo 1)

   Dando respuesta a lo establecido en el anexo técnico vigente en la página 60 que refiere: *"Paquete por incapacidad medica: en los casos de inasistencias soportadas con incapacidad médica para asistir al jardín infantil superior a 5 días, donde se valide por parte de alguno de los profesionales interdisciplinarios dificultad de la familia para garantizar la alimentación, se realizará entrega de paquete acorde con los días hábiles, previo aval del supervisor"*, se genera visita domiciliaria por parte de la profesional de nutrición y la responsable del servicio el pasado 15/04/2026, quienes reportan en el acta "Durante la verificación, se evidenció que la niña y su núcleo familiar cumplen con los criterios establecidos para la asignación del paquete alimentario"... "En consecuencia, se conceptúa favorablemente la asignación del paquete alimentario".

   Sin embargo, el 20/04/2026, mediante el correo electrónico agaonap@sdis.gov.co, como respuesta a la solicitud, por parte de la Nutricionista Andrea Paola Gaona de la Subdirección para la Infancia, informa: *"se realizó revisión de los soportes en conjunto con el área técnica identificando que no cumplen con uno de los criterios citados en el anexo técnico:*
   Soporte en que se evidencie que por parte de alguno de los profesionales interdisciplinarios se validó la dificultad de la familia para garantizar la alimentación.

Powered by CamScanner

Toda vez que la referencia no es clara en el acta aportada, no se indica explícitamente que las condiciones económicas de la familia sean un factor de riesgo de inseguridad alimentaria para la niña, esto debe estar de manera clara". (Anexo 2).

Por tanto, se realiza nuevamente acompañamiento en medio familiar el 22/04/2026, por parte de la Educadora Especial Damaris Mosquera, la Profesional de Atención a la Primera Infancia Emilsen Clavijo y la Psicóloga Paola Aldana, siendo fallida porque no se encontraba la participante y la progenitora, con comunicación telefónica con el progenitor quien refiere que se encuentran en cita médica.

2. Teniendo en cuenta lo anterior, el día de hoy 24/04/2026, se realiza acompañamiento familiar por parte de la Profesional de Atención a la Primera Infancia Emilsen Clavijo y la Psicóloga Paola Aldana, siendo atendida por la Señora Gimena Humano progenitora de la participante.

   Durante la visita domiciliaria, se evidencia apartamento construido, con la zona de baño y cocina en obra negra, sin servicio de agua por más de 15 días, en adecuadas condiciones de aseo e higiene.

   En el diálogo con la progenitora, se obtiene información relevante que da cuenta la dificultad económica en el que se encuentra la familia que genera riesgo de inseguridad alimentaria para la participante, toda vez que:

   Se identificó que la Señora Gimena Humano está a cargo de varias personas de especial protección por edad y estado de salud, iniciando con la abuela materna de la participante que tiene 65 años y pertenece al programa crónicos, el abuelo materno de la participante con 80 años diagnóstico de cáncer de próstata en control, requiriendo asistencia médica con diferentes especialistas y acompañamiento permanente, adicional a esto, la participante que se encuentra en recuperación post operatorio de Rizotomía Dorsal Selectiva Toracolumbar Bilateral, cabe resaltar que ella es totalmente dependiente para su movilización. Adicionalmente, convive con su hija mayor de 14 años, quien le apoya a las actividades dentro del hogar de manera esporádica.

   Lo anterior ha limitado a la progenitora en ejercer su profesión como Enfermera Superior o mantener una actividad económica, teniendo en cuenta que la Señora Gimena Huérfano esta al cuidado y protección de las personas anteriormente descritas 24 horas los 7 días a la semana, a pesar de esto, la progenitora aclara que ella paga sus aportes de seguridad social de manera independiente, para garantizar la continuidad en los tratamientos médicos de la participante y sus abuelos maternos.

   El progenitor de la participante es quien se encarga de los gastos financieros, al contar con actividad económica mediante la figura de OPS, recibiendo un salario mínimo legal vigente, del cual describe la progenitora, los siguientes gastos mensuales: Cuota de Hipoteca a cargo de Bancolombia: $950000, cuota de Administración: $250000 y aportes de Seguridad Social: $1072000. Aclara que en algunas oportunidades es la cuota de la hipoteca la que no alcanza a cancelar, generándole dificultades financieras.

Powered by CamScanner

Refiere que los gastos variables al mes, incluye: transporte con un valor aproximado de $480000 al trasladarse a diferentes puntos de la ciudad y en algunas oportunidades para asistir a los seguimientos médicos o de especialistas, anteriormente descritos y requiere servicio particular o especializado para la movilización de acuerdo al estado de salud de sus acompañantes; con respecto a los servicios públicos el gasto es de aproximadamente $350000 cuando todos los servicios están facturados al tener en cuenta que el servicio del agua es bimensual, sin embargo, informa que por la situación de no contar con este servicio hace 15 días aproximadamente en el conjunto residencial, se ha incrementado los gastos al comprarlo aparte para preparar los alimentos o para la higiene de su familia, también reporta que ocasionalmente asume los gastos de los medicamentos de la participante o los abuelos maternos de las niñas, cuando la EPS no los suministra de manera oportuna.

Durante el dialogo con la Señora Gimena Humano, expone los soportes de lo anteriormente descrito, confirmando su información.

3. Teniendo en cuenta su dinámica familiar y los gastos mencionados anteriormente, desde el área psicosocial confirma el concepto emitido por la profesional de nutrición el pasado 15/04/2026, quien refiere que tanto la participante como su núcleo familiar cumplen con los criterios establecidos para la asignación del paquete alimentario, conceptuando favorablemente la asignación del paquete alimentario desde el equipo transversal de la Unidad Operativa Color Kids.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Reportar las novedades de manera oportuna e informar a la Responsable de la Unidad Operativa para realizar la articulación con el equipo Interdisciplinario, cuando el caso lo amerite.	Profesional de atención a la primera infancia y Responsable de la Unidad Operativa Cofinanciada Color Kids.	Vigente 2026.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Elizabeth Díaz Garzón	Responsable Unidad Operativa	Jardín Cofinanciado Color Kids	
Flor Emilsen Clavijo Astroz	Profesional de Atención a la Primera Infancia	Jardín Cofinanciado Color Kids	
Paola Andrea Aldana Jerez	Psicóloga	SLIS Infancia	

Anexo: 10 folios

Elaboró: Paola Andrea Aldana Jerez

Powered by CamScanner

Anexo1

Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en Salud

Pág

sevelt

FOR-PSS-010

Procedimiento objeto de la información	Consecutivo del procedimiento objeto de la información
- Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en Salud	2026042211787
Fecha y hora	**Número de identificación del obligado a reportar**
026-04-22-13:16	860013874 - INSTITUTO ROOSEVELT sede 010
Código del prestador de servicios de salud	**Código entidad responsable de Pago**
10010825801	EPS008 - COMPENSAR E.P.S

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
ORRAS	HUMANO	AMIRA	CRISTAL	2023-09-28

Tipo de identificación de la persona	Número de identificación de la persona	Teléfono
RC - REGISTRO CIVIL	1016124052	3004321425

Correo electrónico	Municipio de residencia habitual de la Persona
amiracristalporrashumano@gmail.com	11001 - BOGOTA DC
Dirección	**Dirección alternativa para la atención**
CLL 19 A BIS # 116 - 73	

Causa que motiva la atención	Prioridad de atención	Tipo de atención solicitada
38 - Enfermedad general	02 - No prioritaria	02 - Servicios y tecnologías en atención prioritaria
Grupo de servicios	**Modalidad de atención**	
01 - Consulta externa	01 - Intramural	

Diagnóstico principal

Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

Diagnóstico relacionado 3

Diagnóstico principal CIE10

G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

Diagnóstico CIE10 relacionado 1

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Diagnóstico CIE10 relacionado 2

Diagnóstico CIE10 relacionado 3

Guillermo A. Monsalve Duarte
Neurocirujano Funcional y Restaurativo
Instituto Cerebral Clínic - Hospital de Cancer
ROOSEVELT T.P. 914973 15

Impreso el 2026-04-22 13:16 por GUILLERMO ALFONSO

Powered by CamScanner

Roosevelt

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: RC 1016124052		
Paciente: AMIRA CRISTAL PORRAS HUMANO		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 28/09/2023 00:00		
Edad y sexo: 2 Años y 6 meses, Femenino		
Identificador único: 771662-1	Responsable: COMPENSAR E.P.S	
Ubicación: 1-HOSPITALIZACION 3 PISO		Cama: 305
Servicio: HOSPITALIZACION	Régimen	Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 15/04/2026

Grupo	Descripción
Alergicos	Niega, niega
Farmacológicos	niega
Patologicos	PREREMATRA, RETARDO DEL NEURODESARROLO
Hospitalarios	niega
Quirurgicos	Niega
Transfusionales	NIEGA
Toxicologicos	REFERIDO
Familiares	Niega, madre uribia la guajira, padre venezolano san cristobal tachira
Traumaticos	REFERIDO
Peso y Talla al Nacer	PAN 1700GR TAN 43
Perinatales	Lugar de nacimiento: REFERIDO
Desarrollo Psicomotor	RETARDO DEL NEURO DESARROLLLO
Socioculturales	REFERIDO
Vacunacion	REFERIDO
Infectocontagiosos	Antecedentes infectocontagiosos: No
Postnatales	Ha estado internado: No
Grupo Sanguineo	Grupo Sanguíneo: O Rh: Positivo
Nutricionales	Problemas de succión: REFERIDO
Prenatales	Nombres y apellidos de la madre: REFERIDO

Fecha: 15/04/2026 07:45 - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010 - Ubicación: 1-HOSPITALIZACION 3 PISO

Evolución médica - PEDIATRIA

Tipo de evolución: Evolución Hospitalizacion
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Cronico, Paciente con discapacidad Tipo de discapacidad: Discapacidad física

ANAMNESIS
Subjetivo y Objetivo: EVOLUCION HOSPITALIZACION PEDIATRIA

PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS Y 6 MESES DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE:

*POSTOPERATORIO (13/05/2026) RIZOTOMÍA DORSAL SELECTIVA TORACOLUMBAR BILATERAL

ANTECEDENTES
-PARÁLISIS CEREBRAL BILATERAL TIPO ESPÁSTICO GMFCS IV
- ANTECEDENTE DE PREMATUREZ DE 32 SEMANAS POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, 1800 GRAMOS DE PESO, MANIOBRAS DE REANIMACIÓN, IOT POR 1 SEMANA
- DISPLASIA BRONCOPULMONAR
- ESTRABISMO BILATERAL
- DERMATITIS EN ESTUDIO
- BAJA TALLA Y BAJO PESO
- MICROCEFALIA

HALLAZGOS: ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE LA COLUMNA TORACOLUMBOSACRA DENTRO DE RANGO NORMAL, ANATOMÍA DE LA MÉDULA ESPINAL Y CONO MEDULAR DENTRO DE RANGO NORMAL, RAÍCES ESPINALES DE LA CAUDA EQUINA DENTRO DE LO ESPERADO PARA LA EDAD Y PATOLOGÍA DEL PACIENTE. LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO CLARO, TRANSPARENTE, CRISTAL DE ROCA, CON PRESIÓN DE APERTURA DE DURAMADRE DENTRO DE RANGO NORMAL SUBJETIVAMENTE.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 15/04/2026 09:06:47

Powered by CamScanner

Roosevelt

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: RC 1016124052		
Paciente: AMIRA CRISTAL PORRAS HUMANO		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 28/09/2023 00:00		
Edad y sexo: 2 Años y 6 meses, Femenino		
Identificador único: 771662-1	Responsable: COMPENSAR E.P.S	
Ubicación: 1-HOSPITALIZACION 3 PISO		Cama: 305
Servicio: HOSPITALIZACION	Régimen	Contributivo

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

3 DIAGNÓSTICO NUTRIOCIONAL: DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA, TALLA MUY BAJA PARA LA EDAD

S/ MADRE REFIERE VERLA MUCHO MEJOR, REFIERE EL DOLOR HA ESTADO CONTROLADO, NO EMESIS, REFIERE ADECUADA TOLERANCIA Y ACEPTACION DE LA VIA ORAL DIURESIS POSITIVA DEPOSICION POSITIVA

O/ ALERTA ROSADA NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

- CABEZA Y CUELLO: LEVE HINCHAZON DE AMBOS PÁRPADOS, ISOCORIA NORMOREACTIA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN MASAS O MEGALIAS PALPABLES.
- TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACIÓN, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
- ABDOMEN: BLANOD, NO DISTENDIDO, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
- EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR A 2 SEGUNDOS, SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN, PULSOS DISTALES PRESENTES.
- NEUROLÓGICO: ALERTA, ACTIVA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO DE NOVO CON RESPECTO A ESTADO BASAL, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, SIN SIGNOS MENÍNGEOS.
- PIEL: SE EVIDENCIA HERIDA QUIRÚRGICA CUBIERTA CON APÓSITO SIN ESTIGMAS EXTERNOS DE SANGRADO O SECRECION A NIVEL DORSAL.

ANTROPOMETRÍA
PESO: 9. 8 KG (-2. 22DE)
TALLA: 80 CM (-3. 12DE)
INDICE DE MASA COROPORAL: 15. 3 KG/M2 (-0. 16DE)
SUPERFICIE CORPORAL: 0. 45
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA, TALLA MUY BAJA PARA LA EDAD

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 91/45, Presión arterial media(mmhg): 60, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 100
Saturación de oxigeno: 96%
Temperatura(°C): 36 Escala del dolor: 0
Peso(Kg): 9. 8 Talla(cm): 80 Superficie corporal(m2): 0. 47 Índice de masa corporal(Kg/m2): 15. 31 [Valores de referencia: Normal 18. 5-24. 9]
Peso para la edad: -2. 22 Talla para la edad: -3. 12 IMC para la edad: -0. 16 Peso para la talla: -0. 49.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - CIE10 G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA (En Estudio), CIE10 Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS .

ANALISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Conciliación Medicamentosa: Describa tratamiento actual. Incluya: medicamento, dosis, via. Continua Si o No: NO

Plan de manejo: ANALISIS/ PACIENTE FEMENINA DE DOS AÑOS Y SEIS MESES DE EDAD CON ANTECEDENTE DE PREMATUREZ (32 SEMANAS / BAJO PESO AL NACER (1. 800)) POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CLASE FUNCIONAL GROSS MOTOR IV, QUIEN FUE PRESENTADA EN JUNTA MEDICA INTERDICIPLINARIA DE ESPASTICIDAD DEL INSTITUTO ROOSEVELT, DONDE SE CONSIDERO PACIENTE CANDIDATA A RIZOTOMÍA DORSAL SELECTIVA TORACOLUMBAR BILATERAL PARA EL MANEJO DE ESPASTICIDAD DE LOS MIEMBROS INFERIORES. PROCEDIMIENTO RELIZADO SIN COMPLICACIONES CON HALLAZGOS DESCRITOS.

LA PACIENTE HA TENIDO EVOLUCION CLINICA ADECUADA, SIGNOS VITALES DENTRO DE LÍMITES NORMALES, ALERTA, ACTIVA, BUENA INTERACCIÓN CON EL MEDIO, LUCE BIEN, ROSADA, SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN, ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN REQUERIMIENTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO, HA TENIDO NOTORIA MEJORIA DEL CONTROL DEL DOLOR, ADECUADA TOLERANCIA Y ACEPTACION DE LA VIA ORAL, HA TOLERADO POSICION SEDENTE, VALORADA POR SERVICIO TRATANTE DOCTOR MONSALVE QUIEN INDICA EGRESO CON FORMULA DE ANALGESIA RECOMENDACIONES GENERALES SIGNOS CLAROS DE ALARMA RECONSULTAR URGENCIAS, MADRE MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTAR.

ORDENES MEDICAS

Powered by CamScanner

Roosevelt

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **RC 1016124052**		
Paciente: **AMIRA CRISTAL PORRAS HUMANO**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **28/09/2023 00:00**		
Edad y sexo: **2 Años y 6 meses, Femenino**		
Identificador único: **771662-1**	Responsable: **COMPENSAR E.P.S**	
Ubicación: **1-HOSPITALIZACION 3 PISO**		Cama: **305**
Servicio: **HOSPITALIZACION**	**Régimen**	**Contributivo**

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

EGRESO HOSPITALARIO

FORMULACION AMBULATORIA
ACETAMINOFEN 150 MG VÍA ORAL CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS

NAPROXENO 50 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 3 DÍAS Y SUSPENDER
PREGABALINA 10 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 30 DÍAS

CONTROL PÓR CONSULTA EXTERNA DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL Y RESTAURATIVA DR. GUILLERMO MONSALVE EN EL INSTITUTO ROOSEVELT EL MIÉRCOLES 22 DE ABRIL DE 2026 EN HORAS DE LA TARDE. INCAPACIDAD ESTUDIANTIL POR 21 DÍAS.
RECOMENDACIONES DE CUIDADO DE LA HERIDA

Justificación de permanencia en el servicio: EGRESO HOSPITALARIO.

Isabel Rincón

Firmado por: PRAXEDES ISABEL RINCON SOCHA, PEDIATRIA, Registro 52841611, CC 52841611

Powered by CamScanner

Roosevelt

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: AMIRA CRISTAL PORRAS HUMANO, Identificado(a) con RC-1016124052			
Edad y Género: 2 Años y 6 meses, Femenino		Segundo Identificador: GIMENA, HUMANO	
Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO		Nombre de la Entidad: COMPENSAR E.P.S	
Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA/C.EXT. SEGUNDO SOTANO		Habitación:	Identificador Único: 771662-1

Diagnóstico: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

Procedimiento No qx / citas				
Fecha Inicio	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
22/04/2026 13:15	890294-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA		1	CITA POR UROLOGIA PEDIATRICA EN EL INSTITUTO ROOSEVELT PARA VALORACION Y MANEJO DE VEJIGA NEUROGENICA / PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA GROSS MOTOR IV, POSTOPERATORIO DE RIZOTOMIA DORSAL SELECTIVA TORACOLUMBAR BILATERAL
22/04/2026 13:15	890373-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA		1	CITA POR NEUROCIRUGIA FUNCIONAL Y RESTAURATIVA DR. GUILLERMO MONSALVE EN EL INSTITUTO ROOSEVELT EN 2-3 MESES. / PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA GROSS MOTOR IV, POSTOPERATORIO DE RIZOTOMIA DORSAL SELECTIVA TORACOLUMBAR BILATERAL

Guillermo A. Monsalve Duarte
Neurocirujano Funcional y Restaurativo
T.P. 91487315

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: GUILLERMO ALFONSO MONSALVE DUARTE, NEUROCIRUGIA, Registro 91489315, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 91489315
Firmado Electrónicamente

Radicado #26870195

INTEGRANTE

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? | DIARIA | SEMANAL | QUINCENAL |

Powered by CamScanner

Anexo1

Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en Salud

o CUPS del procedimiento		Cantidad	Finalidad	Código Servicios
890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	1	16 - Tratamiento	355 - CONSULTA EXTERNA-UROLOGIA
890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	1	16 - Tratamiento	387 - CONSULTA EXTERNA-NEUROCIRUGIA

Guillermo A. Monsalve Duque
Neurocirujano Funcional y [illegible]
Instituto Central de Cirugía [illegible]
ROOSEVELT T.P. 91487315

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Tipo y número de identificación: **RC 1016124052**			
Paciente: **AMIRA CRISTAL PORRAS HUMANO**			
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **28/09/2023 00:00**			
Edad y sexo: **2 Años y 6 meses, Femenino**			
Identificador único: **771662-1**	Responsable: **COMPENSAR E.P.S**		
Ubicación: **1-HOSPITALIZACION 3 PISO**		Cama: **305**	
Servicio: **HOSPITALIZACION**	**Régimen**	**Contributivo**	

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Fecha: 15/04/2026 07:26 - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010 - Ubicación: 1-HOSPITALIZACION 3 PISO

Certificado de incapacidad - NEUROCIRUGIA

Información del prestador de servicios de salud
Razón social: INSTITUTO ROOSEVELT
NIT: 860013874
Código del prestador de servicios de salud: 110010825801
Entidad promotora de salud: COMPENSAR E. P. S
Lugar de expedición: BOGOTÁ
Fecha de expedición: 15/04/2026.

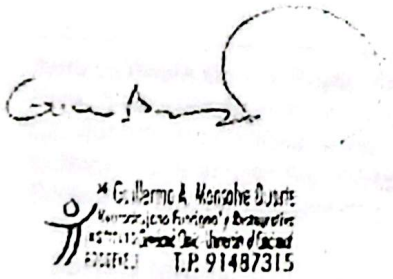
Información del paciente
Nombre del afiliado: AMIRA CRISTAL PORRAS HUMANO
Tipo de documento: RC
Número de documento: 1016124052

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

Diagnóstico principal: G800
Diagnóstico relacionado: Z988

Causa que motiva la atención: POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA DE COLUMNA, RIZOTOMÍA DORSAL SELECTIVA TORACOLUMBAR BILATERAL

Fecha de inicio de la incapacidad: 13/04/2026
Fecha de terminación de la incapacidad: 03/05/2026
Días de incapacidad: 21
Prórroga: No
Incapacidad retroactiva: Si 01. Urgencias o internación del paciente.



Firmado por: GUILLERMO ALFONSO MONSALVE DUARTE, NEUROCIRUGIA, Registro 91489315, CC 91489315

Documento impreso al día 15/04/2026 07:27:47

Firmado electrónicamente

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	1
Fecha:	Memo Int. 82944 - 05/12/2016
Página	1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA
Infancia - Fontibón	7939	Jardin Infantil Color Kids	DIA 24 MES 04 AÑO 26 HORA

Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA:				MOTIVO			
INGRESO		OTRO	X	INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN		POR EXCEPCION	
TRASLADO		CUAL?	Salud	AMPLIACION DE INFORMACIÓN	X	OTRO	
PERMANENCIA				CUAL?			

Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO-A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Porras	Humano	Amira	Cristal

NOMBRE IDENTITARIO	SEXO
	HOMBRE [ ] MUJER [ ] INTERSEXUAL [ ]

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
RC [X] T.I [ ] C.C. [ ] NUIP [ ] C.E [ ] NO TIENE [ ]	1016124052	DIA 28 MES 09 AÑO 23

Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL				SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE			
¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?	SI [X] NO [ ]	RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] SUBSIDIADO [ ]	CALIDAD DEL BENEFICIARIO	BENEFICIARIO [X] COTIZANTE [ ]	SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	DESPLAZAMIENTO [ ] MENDICIDAD [ ] DESEMPLEO [ ] PROSTITUCION [ ] OTRO [X]

ESTADO DE SALUD				RED DE APOYO
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]		SI	NO	CUENTA CON RED DE APOYO [X] SI [ ] NO
	¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?	X		TIPO
	¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS?	X		FAMILIAR [X]
	¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?	X		INSTITUCIONAL [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA				OTRAS [ ]
				CUAL? Coche

Capitulo D. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD?	SI	NO
¿ESTA CERTIFICADA?		

TIPO DE DISACAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO			
ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE			
ASEARSE			
MOVERSE			
MOVERSE EN CALLE			

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?	SI	NO
BASTÓN		
MULETAS		
SILLA DE RUEDAS		
OTRO CUAL?		

Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACIÓN GEOGRAFICA	ESTRATO
Calle 19a bis # 116-73 Torre 6 Apt 1605	CELULAR 3004321425	San Pablo	Fontibon	X URBANO [ ] RURAL	3

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Gimena Humano Mejia			[ ] SI [ ] NO

NOMBRE DEL CIUDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR:		DOCUMENTO DEL CIUDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR:	
Gimena Humano Mejia	NO APLICA	1127840565	NO APLICA

TIPO DE FAMILIA

[ ] UNIPERSONAL [ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [X] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS-AS [ ] SIMULTÁNEAS

No. Pers. Que Conviven	5

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?		X
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?		X

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR 1 Salario mínimo legal vigente.

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? [ ] DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [X] MENSUAL [ ] OTRO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	Código: FOR-PSS-010 Versión: 2 Fecha: Página 1 de 4

Capitulo F. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MOVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCION		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA

PROPIA		OTRA	
ARRENDADA		CUAL	
AMORTIZANDO	X		

FORMA DE PAGO

DIARIA		MENSUAL	X
SEMANAL		OTRO	
QUINCENAL		CUAL	

ESTADO DE LA VIVIENDA

CONSTRUIDA	X
EN CONSTRUCCION	
OBRA NEGRA	X

CONDICION DE LA VIVENDA

RUINA		ACEPTABLE	
DEMOLICION			
BUEN ESTADO	X		

SERVICIOS PUBLICOS

AGUA	X	ACUEDUCTO	X	ALUMBRADO PUBLICO	X
LUZ	X	GAS NATURAL	X	ALCANTARILLADO	X
TELEFONO	X	ASEO	X		

ILUMINACION

BUENA	X
REGULAR	
MALA	

VENTILACION

BUENA	X
REGULAR	
MALA	

ASEO

BUENA	X
REGULAR	
MALA	

PISOS

MADERA		BALDOSA	X
TIERRA		OTRO	
CEMENTO		CUAL	

PAREDES

LADRILLOS	X	ADOBE		OTRO	
LATAS		CARTON		CUAL?	
MADERA		POLISOMBRA			

TECHO

TEJA		OTRO	
TELA		CUAL?	
PLANCHA	X		

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR

GAS NATURAL	X	COCINOL		CUAL	
GAS PROPANO		CARBON			
ELECTRICIDAD		OTRO			

ESPACIOS

	Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS
HABITACIONES	3		COMEDORES			PATIOS	0	
COCINAS	1		SALAS					
BAÑOS	1		LAVADEROS					

PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

DOMESTICOS		CUAL?
VECTORES		
OTRO		

	SI	NO
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME?		X
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA?		X
¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		X
¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?		X

Capitulo G. ENTORNO

SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO

EXPENDIO DE DROGAS		ZONA DE PROSTITUCION		CUAL
BASURERO		ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación)		Ninguno
AGUAS NEGRAS		OTRO		

ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

	PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
	EN RUINA
	DESTAPADA
X	PAVIMENTADO

Capitulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

La Participante actualmente vive con su hermana mayor, Progenitores y abuelos maternos, en una habitación duerme los abuelos maternos, en otra la hermana mayor y en la principal la participante en una cama y sus progenitores, la progenitora informa que los abuelos maternos viven con la participante hace un año aproximadamente, aclara que los abuelos maternos el de 80 años y ella de 65 años, requiere acompañamiento médico constante, refiere que hace 15 días aproximadamente el conjunto residencial no cuenta con el servicio de agua

Capitulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
PSICOSOCIAL			ABANDONO			OTRO		
ECONOMICO	X		DESALOJO			CUAL?		

OBSERVACIONES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	Código: FOR-PSS-010 Versión: 2 Fecha: Página: 1 de 4

Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

PROBLEMÁTICA

La participante cuenta con incapacidad mayor de 5 días, Se evidencia en los soportes médicos que la incapacidad cubre desde el momento de la hospitalizacion, con egreso a partir del 15-04-2026

REFERENCIACIONES

REFERENCIACIONES A UN PROYECTO SDIS: SI ☐ NO ☐

INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	

REFERENCIACION A OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☐

INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	

Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

CONCEPTO TECNICO

Durante el dialogo con la progenitora, se identifica que la señora Gimena Humano esta a cargo de varias personas de especial proteccion: abuela materna de 65 años perteneciente al programa Crónicos y el abuelo materno de 80 años con diagnostico de control de cancer de prostata quienes requieren asistencia medica y acompañamiento constante adicional a ello, la Participante, que se encuentra en recuperacion de post operatorio de cirugia de columna rizotomia dorsal selectiva de raiz nervio espinal, a quienes en algunas oportunidades no les entregan medicamentos y es ella quien tiene que asumir sus costos y obtenerlos de manera particular.

Adicionalmente, se encuentran cancelando la hipoteca del apartamento con cuota mensual de $ 950.000 con Bancolombia, al trasladarse a diferentes centros medicos para garantizar la atencion de especialistas en diferentes puntos de la ciudad con gastos aproximados de $ 120.000 a la semana en transporte en algunas oportunidades requiere transporte especializado sumando gastos por otra parte, por la dificultad presentada en el servicio del agua en el conjunto, le ha tocado comprar agua para su alimentacion y asumen gasto de administracion de $ 250.000 con gastos mensuales de servicios publicos aproximados de $ 350000. Se aclara que la progenitora no se encuentra laborando y el progenitor cuenta con contrato OPS donde requiere asumir su pago de planilla $ 570.000, resalta la progenitora que ella también paga planilla de parafiscales para garantizar los servicios de salud de la participante, lo anterior, sin incluir los gastos de elementos personales de la participante, su hermana mayor y los abuelos maternos.

Capitulo K. FIRMAS

Gimena Humano
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Gimena Humano
NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

CC 1122860565
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Emilsen Clavijo - Paola Molano
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

52531096 - 52979820
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Gmail color kids <jicolorkids@gmail.com>

Envío de anexos – Solicitud de paquete alimentario

Supervision Cofinanciados <supervisioncofinanciados@sdis.gov.co> 27 de abril de 2026 a las 14:47
Para: "jicolorkids@gmail.com" <jicolorkids@gmail.com>
Cc: Yuly Marcela Riaño Rivera <YRiano@sdis.gov.co>, Eugenia Peña Vargas <epenav@sdis.gov.co>, Olasky Jose Gamarra Castillo <ogamarra@sdis.gov.co>, Sandra Milena Rojas Correal <srojasc@sdis.gov.co>, Andrea Paola Gaona Prado <agaonap@sdis.gov.co>

Buen día.

Señora
Responsable de Servicio
Jardín Infantil Cofinanciado Color Kids

En atención a la solicitud de autorización para entrega de paquete alimentario y tras la revisión de los soportes aportados y el anexo técnico, se autoriza la entrega de alimentos, deben entregar hoy 27 de abril de 2026, 4 paquetes tipo jornada pedagógica con el fin de cubrir la totalidad de días hábiles que restan de la incapacidad, es decir desde la fecha y hasta el 3 de mayo de 2026.

Nota:

Por favor realizar acta en que se detalle la entrega, alimentos, cantidades, fechas de caducidad, periodo de cubrimiento y se evidencie la firma de recibido por parte de padres, madres o cuidadores. A la misma se recomienda adjuntar registro fotográfico.

Cita de Anexo técnico

"Alimentos equivalentes a las onces de Jornada Liberada y paquetes alimentarios.

Los alimentos se deben entregar a padres, madres o cuidadores, que se encuentren registrados en el formato de formalización de cupos, en caso de ser reclamado por una persona diferente a las mencionadas, se debe presentar una autorización firmada por la madre, padre o acudiente.

En caso de suspensión del servicio por un periodo de 1 a 4 días hábiles, se tomará por día como referencia el paquete alimentario de jornada pedagógica establecido por la SDIS. Cuando el periodo supere 4 días, SDIS proporcionara el modelo específico para entrega de alimentos.

Paquete por incapacidad medica: en los casos de inasistencias soportadas con incapacidad médica para asistir al jardín infantil superior a 5 días, donde se valide por parte de alguno de los profesionales interdisciplinarios dificultad de la familia para garantizar la alimentación, se realizará entrega de paquete acorde con los días hábiles, previo aval del supervisor.

El soporte medico debe ser legible, contar con los datos mínimos de identificación del participante, tipo de incapacidad, inicio y fin de esta.

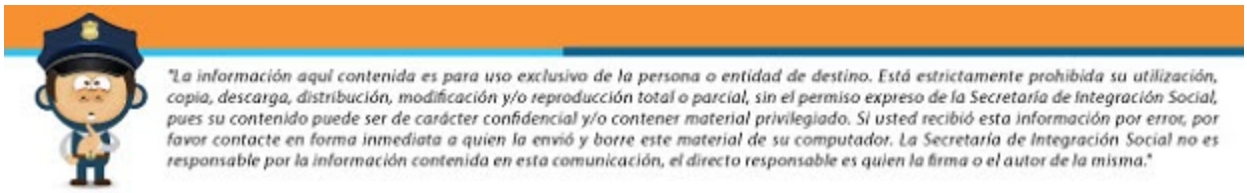
Nota 1: En todos los casos, el equipo humano asignado por la Subdirección Local verificará que los alimentos entregados sean acordes con lo establecido por la SDIS."

Proyectó: Andrea Paola Gaona Prado - Contratista Subdirección para la infancia.

De: Jardin Infantil Color Kids <jicolorkids@gmail.com>
Enviado: lunes, 27 de abril de 2026 14:41
Para: Andrea Paola Gaona Prado <agaonap@sdis.gov.co>
Cc: Supervision Cofinanciados <supervisioncofinanciados@sdis.gov.co>; Yuly Marcela Riaño Rivera <YRiano@sdis.gov.co>; Eugenia Peña Vargas <epenav@sdis.gov.co>; Olasky Jose Gamarra Castillo <ogamarra@sdis.gov.co>; Sandra Milena Rojas Correal <srojasc@sdis.gov.co>
Asunto: Re: Envío de anexos – Solicitud de paquete alimentario

[El texto citado está oculto]





"La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Está estrictamente prohibida su utilización, copia, descarga, distribución, modificación y/o reproducción total o parcial, sin el permiso expreso de la Secretaría de Integración Social, pues su contenido puede ser de carácter confidencial y/o contener material privilegiado. Si usted recibió esta información por error, por favor contacte en forma inmediata a quien la envió y borre este material de su computador. La Secretaría de Integración Social no es responsable por la información contenida en esta comunicación, el directo responsable es quien la firma o el autor de la misma."

ACTA N°

FECHA: Bogotá, 15 abril de 2026

HORA: 4:00 p.m.

LUGAR: Jardín infantil Color Kids.

TEMA: Visita domiciliaria

ASISTENTES:

- Nutricionista Dietista
- Familia de la niña Amira Cristal Porras Humano

ORDEN DEL DÍA:

Visita domiciliara a la niña Amira Cristal Porras Humano. NUIP 1016124052

DESARROLLO:

En cumplimiento de lo establecido en el anexo técnico vigente, el cual indica la realización de visitas domiciliarias a los niños y niñas que presentan inasistencia superior a cinco (5) días hábiles, el día de hoy se llevó a cabo visita domiciliaria a la participante Amira Cristal Porras Humano.

La visita fue atendida por la madre de la niña, señora Gimena Humano Mejía, quien informó que la menor fue sometida a un procedimiento quirúrgico de columna denominado rizotomía dorsal selectiva, realizado el día 13 de abril de 2026. Posteriormente, la niña recibió alta médica el día 15 de abril de 2026, con una incapacidad de veintiún (21) días, comprendidos entre el 15 de abril y el 05 de mayo de 2026.

La visita se realizó con el objetivo de verificar las condiciones generales del entorno familiar y las necesidades de la menor durante el periodo de recuperación. Esta fue desarrollada de manera articulada por la nutricionista de apoyo de la localidad, la psicóloga local y la responsable del Jardín Infantil Color Kids.

Durante la verificación, se evidenció que la niña y su núcleo familiar cumplen con los criterios establecidos para la asignación del paquete alimentario, considerando su condición de salud y la imposibilidad de asistencia al jardín durante el tiempo de incapacidad médica.

En consecuencia, se conceptúa favorablemente la asignación del

paquete alimentario por un periodo de catorce (14) días hábiles, correspondientes al tiempo en que la menor no asistirá al servicio educativo.
La presente acta se elabora para fines de seguimiento, control y cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social.

COMPROMISO.

CONVOCATORIA.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Gimena Hermano Paula Andrea Vera Elizabeth Diaz G	madre Nutricionista Responsable	casa SDIS Fontibón J.I Color Kids	

Anexos:

Elaboró: Paula Andrea Vera López ND

Sede Principal: Carrera 7 # 32 -12 / Ciudadela San Martín
Secretaría Distrital de Integración Social
Teléfono: 3 27 97 97
www.integracionsocial.gov.co
Buzón de radicación electrónica: radicación@sdis.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	Memo INT 43362 - 3/08/2018
Página	1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA DIA	MES	AÑO	HORA

Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA:

INGRESO		OTRO.	X
TRASLADO		CUAL?	Reporte
PERMANENCIA			

MOTIVO

INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN		POR EXCEPCION	
AMPLIACION DE INFORMACIÓN	X	OTRO	

CUAL? _____

Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO-A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

NOMBRE IDENTITARIO

SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER ☐ INTERSEXUAL

TIPO DE DOCUMENTO: RC ☐ T.I ☐ C.C. ☐ NUIP ☐ C.E ☐ NO TIENE ☐

NUMERO DE DOCUMENTO

FECHA DE NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO

Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL

¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL? SI [X] NO [ ]

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL: CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] SUBSIDIADO [ ]

CALIDAD DEL BENEFICIARIO: BENEFICIARIO [X] COTIZANTE [ ]

SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

DESPLAZAMIENTO		PROSTITUCION	
MENDICIDAD		OTRO	X
DESEMPLEO			

ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA

	SI	NO
¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?	X	
¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS?	X	
¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?	X	

RED DE APOYO

CUENTA CON RED DE APOYO [X] SI [ ] NO

TIPO

FAMILIAR	X
INSTITUCIONAL	
OTRAS	

CUAL? _____

Capitulo D. DISCAPACIDAD

	SI	NO
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD?	X	
¿ESTA CERTIFICADA?	X	

TIPO DE DISACAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE			X
ASEARSE			X
MOVERSE			X
MOVERSE EN CALLE			X

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

	SI	NO
BASTÓN		
MULETAS		
SILLA DE RUEDAS		
OTRO CUAL?	Coche	

Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACIÓN GEOGRAFICA	ESTRATO
Cll 19A Bis # 116 - 73 Torre 6 - 1605	CELULAR 3004322425	San Pablo	Fontibon (9)	[X] URBANO [ ] RURAL	3

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Gimena Humano	1122840565	Madre	[X] SI [ ] NO

NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR:	DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR:
Gimena Humano (NO APLICA)	1122340565 (NO APLICA)

TIPO DE FAMILIA

☐ UNIPERSONAL ☐ COMPUESTA [X] NUCLEAR ☐ HOMOPARENTAL ☐ MONOPARENTAL ☐ EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS-AS ☐ SIMULTÁNEAS

No. Pers. Que Conviven: 4

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?		X
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?		X

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE _____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? _____

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR: Mínimo

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? ☐ DIARIA ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL [X] MENSUAL ☐ OTRO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	Código: FOR-PSS-010 Versión: 2 Fecha: Página 1 de 4

Capitulo F. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MOVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCION		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA

PROPIA	X	OTRA	
ARRENDADA		CUAL	
AMORTIZANDO			

FORMA DE PAGO

DIARIA		MENSUAL	X
SEMANAL		OTRO	
QUINCENAL		CUAL	

ESTADO DE LA VIVIENDA

CONSTRUIDA	X
EN CONSTRUCCION	
OBRA NEGRA	

CONDICION DE LA VIVIENDA

RUINA		ACEPTABLE	
DEMOLICION			
BUEN ESTADO	X		

SERVICIOS PUBLICOS

AGUA	X	ACUEDUCTO	X	ALUMBRADO PUBLICO	X
LUZ	X	GAS NATURAL	X	ALCANTARILLADO	X
TELEFONO	X	ASEO	X		

ILUMINACION

BUENA	X
REGULAR	
MALA	

VENTILACION

BUENA	X
REGULAR	
MALA	

ASEO

BUENA	X
REGULAR	
MALA	

PISOS

MADERA		BALDOSA	X
TIERRA		OTRO	
CEMENTO		CUAL	

PAREDES

LADRILLOS		ADOBE		OTRO	X
LATAS		CARTON		CUAL?	Concreto
MADERA		POLISOMBRA			

TECHO

TEJA		OTRO	X
TELA		CUAL?	concreto
PLANCHA			

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR

GAS NATURAL	X	COCINOL		CUAL	
GAS PROPANO		CARBON			
ELECTRICIDAD		OTRO			

ESPACIOS

	Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS
HABITACIONES	3		COMEDORES	1		PATIOS	0	
COCINAS	1		SALAS	1				
BAÑOS	1		LAVADEROS	1				

PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

DOMESTICOS		CUAL? Ninguno
VECTORES		
OTRO		

	SI	NO
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME?		X
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA?		X

	SI	NO
¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		X
¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?		X

Capitulo G. ENTORNO

SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO

EXPENDIO DE DROGAS		ZONA DE PROSTITUCION		CUAL
BASURERO		ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación)		Ninguno
AGUAS NEGRAS		OTRO		

ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

	PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
	EN RUINA
	DESTAPADA
X	PAVIMENTADO

Capitulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

en buen estado

Capitulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
PSICOSOCIAL		X	ABANDONO		X	OTRO		
ECONOMICO		X	DESALOJO		X	CUAL?		

OBSERVACIONES

Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

PROBLEMÁTICA

Durante la visita se evidencia que la niña se encuentra bien y fuimos atendidas por la madre.

REFERENCIACIONES

REFERENCIACIONES A UN PROYECTO SDIS: SI ☐ NO ☐

INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	

REFERENCIACION A OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☐

INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	

Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

CONCEPTO TECNICO

Capitulo K. FIRMAS

Gimena Humano

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Gimena Humano

NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

CC 1122840565

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Paola Ved

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Elizabeth Diaz G. Paola Ved.

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

52'324.155 P.N. 41493751

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA