Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

900971006-4

Fecha Actual : lunes, 09 febrero 2026

INDICACIÓN MEDICA

CONSULTA PEDIATRICA

Nº Historia Clínica: 1023994177 **Nº Folio:** 603 **Folio Asociado:** 599

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ROBER MURRY VITUCAY	**Identificacion:**	1023994177 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	12/diciembre/2023 **Edad Actual:** 2 Años / 1 Meses / 29 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CARRERA 96 156B 18	**Teléfono:**	3175010747
Procedencia:	BOGOTA	**Ocupación:**	MENOR

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	CAPITAL SALUD EPS SAS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	CAPITAL SALUD EPS SAS - PGP SUBSIDIADO	**Nivel - Estrato:**	NIVEL II: GRUPO SISBEN IV (C1-C18)

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	4070046 **Fecha:** 9/02/2026 8:01:44 a. m.
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle: PACIENTE ASISTE EL DIA 09/02/26 CON DIARREA PERSISTENTE NO PUEDE TOMAR LACTEOS

Diana Cristina Pérez V.

PEREZ VALENCIA DIANA CRISTINA
PEDIATRIA
Cédula de ciudadanía-41959173

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN CAMBIO DE PREPARACIONES / ALIMENTOS	Código: FOR-PSS-245 Versión: 2 Fecha: Memo I2024021816 - 08/08/2024 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL/LOCALIDAD: SUBA — SERVICIO SOCIAL/MODALIDAD: JARDÍN INFANTIL

UNIDAD OPERATIVA: J.I. CORINDIANOS FONTS — COORDINADOR O RESPONSABLE: FRANCIS RODRIGUEZ

TIPO DE OPERACIÓN: DIRECTA ____ TERCERIZADA X

FECHA SOLICITUD (dd/mm/aaaa)	FECHA APLICACIÓN (dd/mm/aaaa)	No. MENU	TIEMPO DE COMIDA	ALIMENTO O PREPARACIÓN PROGRAMADA	ALIMENTO O PREPARACIÓN PROPUESTA	JUSTIFICACIÓN	RESPONSABLE Y CARGO DE QUIEN LO SOLICITA	CONCEPTO DE APROBACIÓN		NOMBRE COMPLETO PROFESIONAL Y ÁREA, DE QUIÉN APRUEBA
								SI # REGISTRO	NO RAZÓN	
12/2/2026	TODOS LOS DIAS SERVI-CIO	DEL L AL 20	NUEVES REFRIGERIO ALMUERZO ONCES	LECHE ENTERA	LECHE DESCREMADA	DIARREAS PERSISTENTES SOLICITUD INDICACIÓN MÉDICA		3112026 02620165		KAREN J. SOLANO ND-5015.

KAREN SOLANO
ND-5015.