| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL<br>FORMATO AYUDA DE MEMORIA | Código: FOR-GD-040<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2024016440 – 18/06/2024<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lugar | *JI PEPITOS* | | |
| Fecha | *16/04/2026* | | |
| Tema | Modificación alimentaria Lácteos deslactosados, para Juan Pablo Herran Quintero. RC 1233703797 | | |
| Desarrollo | Se realiza modificación Alimentaria para el niño Juan Pablo Herran Quintero, de acuerdo a certificado médico de pediatría del día 11 abril 2026, donde refiere : Tiene intolerancia a la lactosa por lo cual debe recibir lácteos deslactosados.<br><br>En la minuta del jardín cuando este programados los lácteos enteros, sorbetes, yogurt, kumis se ofrecerá kumis , yogurt deslactosados o intercambio a leche deslactosada. | | |
| Asistentes | **Nombre** | **Cargo/Rol** | **Dependencia** |
| | *SILVIA DEL RIO* | NUTRICIONISTA | SLIS ENGATIVA |
| Compromisos | **Actividad** | **Responsable** | **Fecha límite** |
| | *NA* | *NA* | *NA* |
| Próxima reunión | *NA* | | |
| Elaboró | *SILVIA DEL RIO* s d r. | | |

salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consecutivo:** | 0004102716 | | | | **COLSUBSIDIO NIT 860007336-1** |
| **Nombre del Paciente** | JUAN PABLO HERRAN QUINTERO | **Tipo de documento** | Registro Civil | **Número de documento** | 1233703797 |
| **Fecha de nacimiento** | 21/11/2024 | **Edad atención** | 1 año 4 meses | **Sexo** | Masculino |
| **Episodio** | 97232570 | **Asegurador** | FAM COLS CALLE 26 P | **Categoría** | A |
| **Tipo de vinculación** | RCT: Beneficiario | **Lugar de atención** | CM CALLE 26 | | |
| **Fecha de impresión:** | 11/04/2026 | | | | |

**Certificado Médico**

**Hra Ingreso a Consulta:** 7:20 **Fecha Ingreso a Consulta:** 11/04/2026

**Modalidad de atención:** Ambulatoria

**Fecha de Egreso:** 11/04/2026 **Procedimiento Estético:** NO

**Diagnóstico Principal:** E739

**Observaciones:** EL PACIENTE NO TIENE ENFERMEDAD QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA IMPRESIONAN NORMALES PESO 10.7KG, TALLA 80CM.
TIENE INTOLERANCIA A LACTOSA POR LO CUAL DEBE RECIBIR LACTEOS DESLACTOSADOS

**Este documento no tiene efectos de incapacidad laboral**

**Firma del prestador:**

**Responsable:** SANCHEZ, MONICA **Número de identificación:** 52258211 **Especialidad:** PEDIATRIA

Recibido
13/04/2026
Erika Sabogal