ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL	**SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL**	Código
	SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS	Versión
	INTERACCIONES Y EXPERIENCIAS	Fecha
	INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	Página

No. CONVENIO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	No. DE ACTA
1836-2026	3 6 2026	11 6 2026	4 12 2026	5

FECHA DE LA VISITA	HORA DE INICIO	NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL
24 9 2026	7:30 a. m.	EMANUEL

DIRECCIÓN DEL JARDÍN INFANTIL	LOCALIDAD
Calle 23 # 106-56	Fontibon

BARRIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Versalles	3502971199	jardinemanuel@gmail.com

SEGUIMIENTO A LA COBERTURA Y A LA ASISTENCIA

MATERNO	CAMINADORES	PARVULOS	PRE JARDÍN	JARDÍN
6 6 4	24 24 20	40 38 30	47 46 43	0 0 0

CALIFICACIÓN: SATISFACTORIO (SAT) A MEJORAR (AM) NO APLICA (NA)

EN LAS CASILLAS MARQUE SI, NO O NA SEGÚN CORRESPONDA

3.1.3. COMPROMISOS GENERALES DEL ASOCIADO:

1	¿Cumple con los compromisos adquiridos en virtud de la suscripción del Convenio, de conformidad con lo señalado en el Estudio Previo, Invitación Pública, Anexos Técnicos, Orientaciones técnicas de calidad para la atención integral a la primera infancia, la normatividad vigente y las directrices impartidas por la SDIS.?	**SAT**
2	¿Cumple con los requerimientos que haga el Supervisor y dar respuesta máxima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del requerimiento o en los términos establecidos en el mismo.?	**N/A**
3	¿Permite la labor de la Supervisión, así como la articulación con los equipos técnicos y administrativos de la SDIS con el propósito de dar cumplimiento a las orientaciones técnicas de calidad para la atención integral a la primera infancia, los procedimientos, instructivos, protocolos y demás referentes técnicos y normativos que soporten la atención.?	**SAT**
4	¿Cumple con la Resolución 967 de 2007, expedida por la Secretaría Distrital de Integración Social SDIS, por la cual se establece la gratuidad en el servicio de educación inicial en los Jardines Infantiles del Distrito Capital.?	**SAT**

3.1.3.2. COMPROMISOS CONDICIONES DE PROCESO

3.1.3.2.1. COMPROMISOS COMPONENTE INTERACCIONES Y EXPERIENCIAS

1 ¿Cuenta con soportes de la construcción, ajuste o actualización del proyecto pedagógico, según corresponda, mínimo una vez dentro de la ejecución del convenio y presentar planeaciones pedagógicas en coherencia con las propuestas establecidas en este.? **SAT**

1.1 ¿Cuenta con acta o ayuda de memoria que dé cuenta de las reflexiones, ajustes y/o actualización que sugiere hacer al proyecto pedagógico?

SI [x] NO [ ]

En caso de que la respuesta sea afirmativa, llenar el siguiente cuadro. Si es negativa, registrar no aplica en cada espacio

FECHA	ACTIVIDAD DESARROLLADA
10/09/2026	SOCIALIZACION FAMILIAS

1.2 ¿Tiene a disposición en el Jardín Infantil las planeaciones que contengan las prácticas pedagógicas, en coherencia con el proyecto pedagogico del jardin infantil?

SAT

A	Cuenta intencionalidad pedagógica frente a los procesos de desarrollo de los niños y las niñas	SI
B	Se hace descripción de la creación de los ambientes pedagógicos	SI
C	Implementa estrategias pedagógicas acordes con el proyecto pedagógico.	SI
D	Cuenta con valoración, seguimiento al desarrollo y reflexión pedagógica	SI
E	Contempla acciones de prácticas de cuidado encaminadas a preservar y mejorar las condiciones de vida, bienestar, promoción de salud y prevención de la enfermedad	SI

2 ¿Cuenta con los soportes que evidencien la implementación de las experiencias pedagógicas **SAT**

SI [X] NO [ ]

3 Implementar los mecanismos e instrumentos que den cuenta de la observación, seguimiento y valoración al desarrollo de las niñas y los niños **SAT**

A	En el registro del observador da cuenta de los ritmos de aprendizaje y participación de los niños y niñas, en el marco de la diversidad.	SI
B	La valoración al desarrollo y reflexión pedagógica permite tomar decisiones y hacer otras proyecciones de la práctica pedagógica	SI
C	Se evidencia en los registros de observación, seguimiento y valoración las preguntas, conquistas, miedos, aprendizajes, vivencias, sentires, emociones e interacciones de las niñas y los niños.	SI
D	Los registros dan cuanta de los procesos de desarrollo, características y potencialidades de las niñas y los niños	SI

Mes Verificado y Niveles: mes de agosto/ dos por nivel

4 ¿Cuenta con un cronograma en donde se establezcan las fechas en las cuales se realizará la entrega de informes pedagógicos a los padres, madres, cuidadoras y cuidadores? **SAT**

4.1 Entrego informe a los padres, madres o personas cuidadoras, según lo establecido en el anexo tecnico, que dencuenta de: **N/A**

A Características, procesos, potencialidades y desarrollo de los niños y niñas N/A

B Los ritmos de aprendizaje y participación de los niños y niñas, en el marco de la diversidad N/A

Diligenciar la siguiente información acorde con la fecha de inicio del convenio y en coherencia al numero de informes que se debe entregar durante la vigencia del mismo

1er 9/04/2026 **2do** 14/07/2026 **3er** _____

5. ¿Cuenta con un cronograma que contenga las estrategias para acompañar a niñas, niños, familias o cuidadores en las distintas transiciones que pueden experimentar en la vida, y los respetivos soportes de su implementación. ? **SAT**

A Presentó soporte frente a acompañamiento y seguimiento al proceso de Transiciones Efectivas y Armónicas de las niñas y los niños acorde con las orientaciones de la SDIS y aquellas que la SED establezca. SI

FECHA	ACTIVDAD DESARROLLADA
1 y 2 de septiembre	actividad niños y niñas

6. ¿Asistió y participó en la jornada de comité pedagógico ampliado deacuerdo con la programación establecida por cada Subdirección Local para la Integración Social. **SAT**

A Cuenta con soporte de participación **SI** [ ] **NO** [x]

FECHA	LUGAR	TEMA TRABAJADO	QUIEN PARTICIPÓ
15/09/2026	SUBDIRECCION LOCAL		RESPONSABLE DEL SERVICIO

7. ¿Realizó la Jornada Pedagógica conforme al cronograma y las orientaciones establecidas por la SDIS? **SAT**

A Implementó las acciones definidas en dicha jornada SI

B Participó la totalidad de las y los colaboradores pedagógicos del Jardín Infantil SI

C Presentó soportes de las actividades realizadas SI

8. ¿Garantiza la disponibilidad, adecuación y uso efectivo de los espacios, materiales e insumos asegurando que los procesos pedagógicos se desarrollen en ambientes seguros, organizados y enriquecedores? **SAT**

El diseño de ambientes pedagógicos es

A Intencionados: dinámicos, inclusivos y seguros. si

B Garanticen experiencias pertinentes y significativas de desarrollo y aprendizaje. si

C	Articulado con el proyecto pedagógico y los lineamientos distritales y nacionales.	si	
D	Las edad, las capacidades diversas y el contexto cultural para garantizar la inclusión, la participación y el pleno desarrollo y aprendizaje de todas las niñas y todos los niños.	si	
E	Dispone materiales y recursos suficientes, variados, multisensoriales y accesibles	si	
F	Tiene en cuenta intereses y particularidades del grupo, favoreciendo la autonomía, la participación y la experimentación.	si	

8.1 ¿Se encuentra actualizada la herramienta que permita realizar seguimiento de los suministros (papelería) que ingresan al Jardín Infantil y su respectiva rotación? **SAT**

SI [X] **NO** [ ]

8.2 ¿Cuenta con soporte de entrega de papelería para el desarrollo de las experiencias pedagógicas a las profesionales de atención a la primera infancia.?

SI [X] **NO** [ ]

9. ¿Adquirio durante la primera semana del mes el material pedagógico y la papelería para las niñas y los niños, acorde con las necesidades de las prácticas pedagógicas e implementación del proyecto pedagógico del Jardín Infantil y lo señalado en los Anexos Técnicos 1 de 5 Jardines Cofinanciados y 3 de 5 Elementos Mínimos.? **SAT**

A	El material corresponde a las edades de las niñas y los niños atendidos	SI
B	El material es acorde a las prácticas pedagógicas y proyecto pedagógico	SI
C	El material se encuentra en buen estado para el uso de los niños y niñas	SI

¿Para el mes verificado el Asociado realizó compra de material?. Si la respuesta es afirmativa, registre la siguiente información:

TIPO DE SOPORTE	CONCEPTO DE GASTO	No. DE FACTURA	FECHA DE EXPEDICIÓN	VALOR DE LA FACTURA	OBSERVACIONES (ETIQUETA Y FICHA TÉCNICA)
FACTURA	papeleria niños	819	10/09/2026	$ 942.600	NO APLICA
FACTURA	didactico	827	10/09/2026	$ 826.000	NO SE TOMA POR SOBRE EJECUCION DEL RUBRO
CERTIFICADO	didactico	NO APLICA	4/09/2026	$ 4.022.760	NO APLICA

9.1 ¿El material didáctico se encuentra a disposición de los niños y las niñas, en el aula u otros espacios pedagógicos del Jardín? **SAT**

9.2 ¿El inventario de material pedagógico y didáctico se encuentra actualizado y acorde a las adquisiciones realizadas por el asociado? **SAT**

EQUIPO HUMANO

1. Relación y verificación del Equipo Humano presente en el Jardín Infantil

PERFILES	COBERTURA AUTORIZADA	CUPOS ASIGNADOS (MATRICULADOS)	EQUIPO HUMANO CONTRATADO	EQUIPO HUMANO ASISTENTE	REMPLAZOS
Responsable del jardín infantil	1	1	1	0	0
Profesional dinamizador pedagógico	0	0	0	0	0
Profesional de atención a la primera infancia	10	10	10	9	0
Auxiliar de atención a la primera infancia	3	3	3	3	0
Auxiliar de servicios generales	3	3	3	3	0
Personal manipulador de alimentos:	3	3	3	2	0
Auxiliar Administrativo	1	1	1	1	0

Nota: El asociado deberá garantizar que el Equipo Humano dispuesto para la prestación del servicio corresponda con el requerido, de acuerdo con la cobertura autorizada, los cupos asignados y la relación técnica aplicable a la operación del Jardín Infantil. Para efectos de verificación, deberá contar con los respectivos Formatos de verificación de cumplimiento de perfiles emitidos por la Supervisión y garantizar que las y los colaboradores desarrollen las actividades correspondientes a su perfil, de acuerdo con las condiciones de dedicación establecidas en el Anexo Técnico 1 de 5. Asimismo, las ausencias, incapacidades, renuncias, reemplazos, nuevos ingresos, y demás novedades del Equipo Humano deberán contar con los soportes que correspondan.

2. ¿Se encuentra el servicio de vigilancia en el jardín infantil? SÍ [x] NO [ ]

SEGUIMIENTO AL INSTRUMENTO ANTERIOR

Se realiza seguimiento del instrumento del 24/08/2026, cumpliendo con los compromisos adquiridos
Subsano observacion a mejorar, toda vez que conto con las profesional de atencion a primera infancia de acuerdo a los niños y las niñas matriculados

OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN

Pondré en conocimiento de la coordinadora las observaciones realizadas, para que sean revisadas y se tomen las acciones correspondientes.

OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN

1. Presentó el formato planeación diaria para cada nivel, en los cuales, se evidenció la implementación del proyecto pedagógico acorde a las edades y niveles de los niños y las niñas.
Presento socialización con familias el 10/09/2026 abordando diagnóstico participativo y contextualización del proyecto pedagógico “Cultura en Acción: Construyendo ciudadanía a través de la exploración”, mediante pieza comunicativa
2. Se evidenció el registro de las experiencias pedagógicas realizadas del mes de agosto para cada uno de los niveles, en las que reflejaron las voces, participación interacciones y anécdotas de las niñas y los niños a lo largo de las actividades desarrolladas.
Para el mes de septiembre cada profesional de atención a la primera infancia se encontraba consolidando las experiencias pedagógicas realizadas con los niños y las niñas.
3. Presentó el formato de observador para cada niño y niña, correspondiente al mes de agosto.
Cada observador dio cuenta de información oportuna, suficiente, pertinente y relevante, acerca del quehacer pedagógico y los procesos de desarrollo de las niñas y los niños, reconociendo sus potencialidades.
Para el periodo verificado cada profesional de atención a la primera infancia se encontraba consolidando en el formato de observador, seguimiento y valoración al desarrollo de las niñas y los niños participantes del servicio. Se verificará el próximo periodo.
4. Se tenia programada entrega de informes para el 25/09/2026, fecha posterior a la verifricacion, se4 revisara el proximo periodo.
Se recomienda tener en cuenta lo descrito en el anexo tecnico frente a la entrega de informes a familias, toda vez que describe que se realizan 3 entregas en el año.
5. Presento los siguientes soportes para el cumplimiento del compromiso:
Ayuda de memoria del 2/09/2026 con familias, realizando acompañamiento a las familias para el transito a colegio, mediante actividad en familia, lectura de cuento “Un nuevo lugar para crecer”
Actividad con niños y nilas el 1 y 2 de septiembre 2026, denominada "conociendo el colegio", mediante experiencia pedagogica
Se tenía programado durante el mes de septiembre realizar seguimiento en el formato matriz de tránsito a SED, toda vez que para este mes las familias realizarán el proceso de aceptación y/o cambio de los colegios asignados, proceso que se realizará fecha posterior a la verificación, se revisará el próximo periodo.
6.Presento asistencia del 15/09/2026 realizado en la subdirección local de Fontibón, se evidenció la participación de la responsable del servicio.
7.Presento acta y ficha SIRBE de jornada pedagógica desarrollada el 18/08/2026, denominada "Acompañando a las niñas y los niños: el Informe de Entrega Pedagógica para un tránsito sensible y seguro”
Radicado bajo el consecutivo E2026078839 del 21/09/2026
8. Se dispusieron ambientes pedagógicos, relacionados con la práctica pedagógica propuesta, con el fin de fomentar la participación e investigación de las niñas y los niños.
Así mismo se evidencio el uso del materiales e insumos, para el desarrollo de las experiencias pedagógicas.
9.Para el mes de septiembre, presentaron la siguiente adquisición:
Presentó factura 819 del 10/09/2026 del proveedor VICENT LUKE CHAWONIEC, por concepto de papelería niños, por un valor $942.600
Presentó factura 827 del 10/09/2026 del proveedor VICENT LUKE CHAWONIEC, por concepto de material didactico, por un valor $826.750 la cual no se toma, toda vez que sobre ejecuta el rubro asignado para material didactico
Certificado de revisor fiscal del 4/09/2026 por concepto de material didáctico, por un valor de $4.022.760, del cual no se da visto bueno al teatrino, toda vez quer sobre ejecuta el rubro asignado para material didactico
Se evidencio formato de entradas y salidas correspondiente al material de papelería.
Contaban con el material suficiente para el desarrollo de las actividades pedagógicas, programadas en cada uno de los niveles.
EQUIPO HUMANO
Conto con el equipo humano contratado acorde a los niños y niñas matriculados
Se realiza descuento del dia de hoy, toda vez queno conto con
CONDICIONEES DE ESTRUCTURA
Se recomienda tener en cuenta los metrages de los espacios para la matricula de los niños y las niñas

Esta verificación generó requerimiento: SI ___ NO __x_

Anexos: documentos y número de folios

asistencia equipo humano(1) , ausencia equipo humano (1) soporte ausencia (2)

	
FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN	FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN
NOMBRE:CAROL JANNETH GOMEZ VARGAS	NOMBRE: Monica Liliana Martinez Barreto
N° DE IDENTIFICACIÓN : 52480670	N° DE IDENTIFICACIÓN : 52962656
CARGO:AUX ADMINISTRATIVA	CARGO: Apoyo Supervision
	HORA DE FINALIZACIÓN: 11:30am

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL	**SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL**	Código
	SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS	Versión
	ANEXO VERIFICACIONES APOYO A LA SUPERVISIÓN	Fecha
	RELACIÓN DE NOVEDADES DE EQUIPO HUMANO	Página

No. CONVENIO	**FECHA DE LA VERIFICACIÓN**			**NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL**
1836-2026	24	9	2026	EMANUEL

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	MOTIVO Y SOPORTE	NOVEDAD EVIDENCIADA
Maria del Pilar suarez Palacios	Responsable del servicio	MOTIVO: reunion SOPORTE: no conto con soporte TIEMPO: 24/09/2026 Se solicita enviar mediante correo electronico a mlmartinez@sdis.gov.co el soporte de asistencia a la reunion	TIPO DE NOVEDAD:Ausencia NOMBRE DEL REEMPLAZO: no aplica FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL:no aplica FECHA DE INGRESO:no aplica ARL:no aplica MOTIVO DE DESCUENTO:no aplica DÍAS A DESCONTAR:no aplica FECHA DE DESCUENTO:no aplica OBSERVACIÓN:no aplica
Jinet Alejandra Chacon Barajas	Profesional de atencion a primera infancia	MOTIVO: incapacidad SOPORTE:incapacidad del 22 al 26 de septiembre TIEMPO: no aplica	TIPO DE NOVEDAD:Incapacidad NOMBRE DEL REEMPLAZO: no aplica FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL:no aplica FECHA DE INGRESO:no aplica ARL:no aplica MOTIVO DE DESCUENTO:no conto con reemplazo DÍAS A DESCONTAR:1 FECHA DE DESCUENTO:24/09/2026 OBSERVACIÓN:no aplica
Zoraida Campo Ramirez	Manipuladora de alimentos	MOTIVO: asistencia a clinica para acompañar al padre que esta hospitalizado SOPORTE:no conto con soporte TIEMPO: 24/09/2026 Se solicita enviar mediante correo electronico a mlmartinez@sdis.gov.co el soporte de asistencia al hospital como acompañante	TIPO DE NOVEDAD:Ausencia NOMBRE DEL REEMPLAZO: no aplica FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL:no aplica FECHA DE INGRESO:no aplica ARL:no aplica MOTIVO DE DESCUENTO:no aplica DÍAS A DESCONTAR:no aplica FECHA DE DESCUENTO:no aplica OBSERVACIÓN:no aplica

	
FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN	FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN
NOMBRE: CAROL JANNETH GOMEZ VARGAS	NOMBRE: Monica liliana Martinez Barreto
No. IDENTIFICACIÓN: 52480670	No. IDENTIFICACIÓN: 52962656
CARGO: AUX. ADMIINISTRATIVA	CARGO: apoyo a la supervision

1030681889 - CHACON BARAJAS JINET ALEJANDRA

EPICRISIS

Datos del afiliado

Identificación: CC 1030681889 **Sexo:** Femenino **Fecha Nacimiento:** 14/10/1997 **Edad:** 28 AÑOS
Departamento: Bogota **Ciudad:** BOGOTA D.C **Zona:** Urbana
Dirección: CALLE 48 SUR NUMERO 83 18
Contratante: MUNDIAL SEGUROS **Autorización:** **No. Admisión:** 0100022214
Teléfonos: 3219593894 **Plan:** MUNDS MUNDIAL DE SEGUROS SOAT UVB
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional
Profesional: 1012413223 - CAMILO PORTILLA MORALES **Especialidad:** MEDICINA GENERAL

Admisión

No Admisión: 0100022214 **Fecha Ingreso:** 20/09/2026 22:16 **Fecha Alta:** 21/09/2026 02:29
Vía de Ingreso: DERIVADO DE URGENCIAS ***
Causa Externa: Accidente de tránsito de origen común **Habitación:** P1EGU-103 EGRESOS 103
Médico Ingreso: CAMILO PORTILLA MORALES **Médico Tratante:** CRISTIAN YECID GOYENECHE CASANOVA
Diagnóstico de Ingreso: S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO
Tipo Dx: Impresión Diagnóstica

Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (S069) TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO.
Relacionado [Presuntivo]: (S122) FRACTURA DE OTRAS VERTEBRAS CERVICALES ESPECIFICADAS.
Relacionado [Presuntivo]: (S202) CONTUSION DEL TORAX.
Relacionado [Presuntivo]: (S700) CONTUSION DE LA CADERA.
Relacionado [Impresión Diagnóstica]: (T031) LUXACIONES, TORCEDURAS Y ESGUINCES QUE AFECTAN EL TORAX CON LA REGION LUMBOSACRA Y LA PELVIS.
Relacionado [Impresión Diagnóstica]: (T07X) TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS.

SIGNOS VITALES

Tensión art. sist.: 137 mm/hg **Tensión art. diast.:** 88 mm/hg **Frecuencia cardiaca:** 110 lat/min **Fr_Respiratoria:** 20 res/min

Temperatura: 36.2 ºC **SAT02:** 92 %

Consecutivo: 0100229798 Fecha de Atención: 20/09/2026 23:17 INGRESO MEDICO DE URGENCIA TRAUMA

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Paciente que ingresa por Accidente de Tránsito el día 20/09/2026 a las 21:40 en MOTOCICLETA en calidad de Conductor.

GLASGOW:

Escala de Glasgow

Apertura Ocular: 4 **Respuesta Verbal:** 5 **Respuesta Motora:** 6

Interpretación Glasgow: 15/15 — Lesión cerebral leve o normal

REVISION POR SISTEMAS:

* NO REFIERE SÍNTOMAS URINARIOS RESPIRATORIOS NI GASTROINTESTINALES *

CONCILIACION MEDICAMENTOSA:

☐ Si ☑ Niega

TRIAGE:

Clasificación de Triage: TRIAGE III

Valoración del dolor: 7

INMOVILIZACION CERVICAL:

☐ SI ☑ NO

SIGNOS NEUROLÓGICOS Y CRÁNEO:

EPICRISIS

Hallazgos	+
1. Alerta	SI
2. Alteraciones en Coordinación	NO
3. Alteraciones en Marcha	NO
4. Alteraciones en Reflejos	NO
5. Alteraciones en Sensibilidad	NO
6. Alteraciones en fuerza	NO
7. Amnesia del Evento	NO
8. Avulsiones Exposición Ósea	NO
9. Cefalea	SI
10. Convulsión Focalizada	NO
11. Convulsión Generalizada	NO
12. Convulsión Lateralizada	NO
13. Equimosis Periorbitaria	NO
14. Equimosis Retroarticular	NO
15. Evidencia Zona Impacto	NO
16. Lesiones Cuero Cabelludo	NO
17. Mareo	NO
18. Otoliquia	NO
19. Otorragia	NO
20. Pérdida de la conciencia	NO
21. Relajación de Esfínteres	NO
22. Rinoliquia	NO
23. Signos Meníngeos	NO
24. Signos Radiculares	NO
25. Superposición Ósea	NO
26. Tono Muscular	NO
27. Vomito	NO
28. No Se Encuentran Hallazgos Positivos	NO

EXÁMEN DE CARA:

Hallazgos	+
Edema Localizado	NO
Avulsión de Piel	NO
Chasquido	NO
Dolor ATM	NO
Evidencia fractura directa	NO
Evidencia Zona de Impacto	NO
Exposición de Hueso	NO
Lesiones de Piel Superficiales	NO
Superposición Ósea	NO
No se encontraron hallazgos positivos	SI

HALLAZGOS OJOS:

Hallazgos	Der	Izq
Ausencia de Visión	NO	NO
Compromiso Globo Ocular	NO	NO
Exposición de Tejidos	NO	NO
Evidencia Trauma Directo	NO	NO
Fondo Ojo	NO	NO
Hemorragia Conjuntival	NO	NO
Hemorragia	NO	NO
Petequias Conjuntivas	NO	NO

Paciente:

1030681889 - CHACON BARAJAS JINET ALEJANDRA

EPICRISIS

Hallazgos	Der	Izq
No Se Encontraron Hallazgos Positivos	**SI**	**SI**

HALLAZGOS NARÍZ:

Hallazgos	+
Crepitación	NO
Desviación o Pérdida de Alineación	NO
Dolor a Movilización	NO
Evidencia Trauma Directo	NO
Sangrado	NO
Zona de Edema	NO
No se encontraron hallazgos positivos	**SI**

HALLAZGOS OÍDOS:

Hallazgos	Der	Izq
Compromiso Pabellón Auricular	NO	NO
Hematoma	NO	NO
Perdida del Tejido	NO	NO
Sangrado	NO	NO
Zona de Impacto	NO	NO
No Se Encontraron Hallazgos Positivos	**SI**	**SI**

CUELLO:

☐ Crepitación ☐ Lesiones de Piel Superficiales ☑ No Se Encontraron Hallazgos Positivos

TÓRAX:

☐ Abrasión
☐ Crépitos a Palpación Reja Costal
☐ Deformidad
☐ Dificultad Respiratoria Leve-Moderada
☐ Exposición de Músculo
☐ Dolor Intenso Costal a Palpación
☐ Enfisema Subcutáneo
☐ Exposición Osea
☐ Marcas de Cinturón
☐ Inestable
☐ Lesiones de Piel Superficiales
☑ Signos de Trauma Directo
☐ Signo o Sospecha de Hemotórax
☐ Sospecha de Trauma Cardiaco
☐ Sospecha de Lesión de Organons Inferiores
☐ Tos Persistente
☐ Taponamiento Cardiaco
☑ Dolor Selectivo a la Palpación
☐ Sospecha de Fracturas Costales
☐ Lesiones Dolorosas Distractoras
☐ Signo o Sospecha de Neumotórax
☐ No Se Encontraron Hallazgos Positivos

PELVIS:

☐ Dolor Espontaneo Región Pélvica o Inguinal
☐ Hematoma
☐ Inestabilidad Mecánica
☑ Limitación Funcional
☐ Perturbación Mucosa Vesical, Vaginal rectal
☑ Dolor o Sensibilidad a la Compresión Iliaca o de la Sinfisis Pública
☐ Dolor con Rotación o Flexión de la Cadera
☐ Deformidad o Asimetría
☐ Abrasiones o Heridas
☐ No Se Encontraron Hallazgos Positivos

ABDOMEN:

☐ Abrasión
☐ Compromiso Vesical o Hematuria
☐ Dolor
☐ Equimosis Hematoma en Escroto o Perine
☐ Exposición de Músculo
☐ Heridas en Órganos Genitales
☐ Perdida de Tejido con Avulsión
☐ Lesiones de Piel Superficiales
☐ Signos de Irritación Peritoneal
☑ No Se Encontraron Hallazgos Positivos

HALLAZGO DE COLUMNA:

Hallazgos	Cervical	Torácica	Lumbosacra
Compromiso Sensibilidad	NO	NO	NO
Exposición de Tejidos	NO	NO	NO
Requerimiento Inmovilización por Limitación Funcional	NO	NO	NO
Signos Inflamatorios	NO	NO	NO
Dolor	**SI**	**SI**	NO
Limitación de Movimiento	**SI**	**SI**	NO
Avulsión de Tejidos	NO	NO	NO
Inmovilizado	NO	NO	NO

1030681889 - CHACON BARAJAS JINET ALEJANDRA

EPICRISIS

Hallazgos	Cervical	Torácica	Lumbosacra
No Se Encontraron Hallazgos Positivos	NO	NO	**SI**

HALLAZGOS DE EXTREMIDADES:

Hallazgos	MANOS		DEDOS MANOS		ANTEBRAZOS		BRAZOS		CODOS		MUÑECAS		HOMBROS		CLAVICULA		MUSLOS		PIERNAS		RODILLAS		TOBILLOS		PIES		DEDOS PIES	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
Compromiso Sensibilidad	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Exposición de Musculo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Amputación	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Semiología de la Fractura (Dolor a Movilización, Edema, Limitación Funcional, Deformidad, Hematoma)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Compromiso Vascular dado por: Cianosis, Perfusion Mayor a 2 seg; Ausencia de Pulsos, Livideses	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

CONDUCTAS Y ANÁLISIS:

- ☑ Paraclínicos Y Observación
- ☐ Salidas Por Hallazgos Que No Ameritan Manejo Hospitalario
- ☐ Interconsulta Por Otras Especialidades
- ☐ Manejo Intrahospitalario
- ☐ Cirugia
- ☐ Manejo Por Servicio Ambulatorio

DESTINO:

- ☐ CONSULTA
- ☐ REANIMACION
- ☑ SALA DE EXAMENES
- ☐ OBSERVACIÓN
- ☐ QUIROFANO
- ☐ EGRESO
- ☐ CAMA

OBSERVACIONES:

PACIENTE QUE CONFORME A ORIGEN DEL EVENTO Y CINEMATICA DEL TRAUMA Y HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO AMERITA TOMA DE IMÁGENES ADICIONALES E INTERCONSULTAS DE ACUERDO A LA GUIA DE ATENCION INICIAL DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

OTRAS OBSERVACIONES:

* * PACIENTE QUIEN PRESENTA TRAUMA A NIVEL DEL TORAX PELVIS Y COLUMNA CERVICAL, COLUMNA TORACICA TCE LEVE CON DOLOR CON ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR 7/10. EDEMA LIMITACIÓN EN ARCOS DE MOVILIDAD, CON EL FIN DESCARTAR O CONFIRMAR FRACTURAS INGRESA PARA TOMA DE RADIOGRAFÍAS, VALORACIÓN POR ORTOPEDIA MANEJO ANALGÉSICO. SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA. * *

CAMILO PORTILLA MORALES
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Identificación: 1012413223
N° Registro: 1012413223

Consecutivo: 0100230161 Fecha de Atención: 21/09/2026 02:27 Evolucion Urgenciologia

ANALISIS:

PACIENTE EN SALA DE EXAMANES POR TRAUMA CEVICAL , DORSAL Y LUMBOSACRA , TORAX Y PELVIS, AL REINTERROGAR A PACIENTE NIEGA TRAUMA CRANEOENCEFLAICO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIGNOS VITALES NORMLAES , CONSICNETE ALERTA ORIENTADO, PUPILAS SIMETRICAS , MUCOSA ORAL HUMEDA , EN EL MOMENTO SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO DOLOR ABDOMINAL , DOLOR EN DORSAL CON ADECUADA MODULACION DE DOLOR 4/10 EVA , CON RX CERVICAL , TORAX PELVIS SIN TRAZOS DE FRACTURA , RX DE DORSAL SIN TRAZOS DE FRACTURA , NO REQUIERE INMOVILIZACION CONSIDERO TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS , DOY EGRESO CON INDICACIONES MEDICAS , ANALGESIA E INCAPADIAD , EXPLICO A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA

EPICRISIS

Conducta:

☐ Continuar manejo intrahospitalario ☑ Egreso

DOLOR AL EGRESO:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☑ 4
☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
☐ 9	☐ 10		

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS AL EGRESO:

EGRESO
ACETAMINOFEN +TRAMADOL 1 TAB CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
ETORICOXIB 1 TAB CADA 24 HORAS POR 7 DIAS
INCAPACIDAD
SIGNOS DE ALARMA

PLAN:

EGRESO

INCAPACIDAD
SIGNOS DE ALARMA



CRISTIAN YECID GOYENECHE CASANOVA
Especialidad: MEDICINA FAMILIAR
Identificación: 1049642804
N° Registro: 1049642804

Consecutivo: 0100230163 Fecha de Atención: 21/09/2026 02:29 ALTA MEDICA

Paciente en Tratamiento:

Médico

Estado del Paciente:

PACIENTE EN SALA DE EXAMANES POR TRAUMA CEVICAL , DORSAL Y LUMBOSACRA , TORAX Y PELVIS, AL REINTERROGAR A PACIENTE NIEGA TRAUMA CRANEOENCEFLAICO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIGNOS VITALES NORMLAES , CONSICNETE ALERTA ORIENTADO, PUPILAS SIMETRICAS , MUCOSA ORAL HUMEDA , EN EL MOMENTO SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO DOLOR ABDOMINAL , DOLOR EN DORSAL CON ADECUADA MODULACION DE DOLOR 4/10 EVA , CON RX CERVICAL , TORAX PELVIS SIN TRAZOS DE FRACTURA , RX DE DORSAL SIN TRAZOS DE FRACTURA , NO REQUIERE INMOVILIZACION CONSIDERO TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS , DOY EGRESO CON INDICACIONES MEDICAS , ANALGESIA E INCAPADIAD , EXPLICO A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA

Recomendaciones:

1. Acudir a urgencias en caso de presentar uno o varios signos de alarma como fiebre, cefalea, dificultad respiratoria, vomito, Presencia de somnolencia persistente o desorientación, alteración del estado de conciencia por exaltación, presencia de confusión.
2. Dar cumplimiento estricto a la formulacion medica teniendo en cuenta via de administracion, dosis y horario durante el tiempo establecido.
3. Seguir las recolendaciones de cuidado en casa como alimentacion balanceada, hidratacion, reposo relativo, toma de signos vitales y glucometria (si aplica)
4. Asistir a las citas medicas que le sean ordenadas en su red primaria de atencion.

Recomendaciones Generales:

1. Conservar la documentación del “paquete SOAT” para la realización de los trámites administrativos que requiera y para continuar con los tramites ambulatorios para la atención asistencial.
2. De acuerdo a la Normatividad vigente el tope SOAT para el año 2026 es de 36.749.788 pesos moneda corriente, por lo tanto una vez agotado este valor, la continuidad del tratamiento debe ser garantizada por la EPS a la que esta afiliado el paciente o por la ARL en caso de corresponder a un accidente laboral en su red

1030681889 - CHACON BARAJAS JINET ALEJANDRA

EPICRISIS

primaria de atencion

3. En caso de presentarse una incapacidad permanente como consecuencia del accidente de tránsito (artículos 209 y 211 del Código Sustantivo del Trabajo), la víctima podrá ser indemnizada con una cifra máxima de 180 veces el salario mínimo legal diario vigente (SMLDV). Para alcanzarlo se debe realizar un trámite a través de la página web de la aseguradora y consultar los requisitos correspondientes.

4. La cita de control del post operatorio se realiza en la sede Americas (Cra 66A 4G86), en la fecha y hora asignada. La asignación de la misma se realiza en el egreso en momento de la salida de la sede correspondiente.

5. Las prorrogass de incapacidad únicamente deben ser realizadas por el médico en consulta. En caso de no haber tenido la cita de control post operatorio y contar con capacidad en la póliza SOAT, se acercará a la sede Americas para solicitar una cita prioritaria. En caso de no cumplir estos requisitos debe acercarse a la Entidad Promotora de Salud en su red primaria de atencion para realizar la gestión que permita la continuidad de la atención y las correspondientes incapacidades.

6. Señor usuario. Si su egreso se genera como EPS en caso de urgencias por favor asistir a la red de prestadores de servicios de salud de su EPS de acuerdo a las recomendaciones y signosy sontomas de alarma informados en este documento. En esta institución no se prorrogan incapacidades.

CRISTIAN YECID GOYENECHE CASANOVA
Especialidad: MEDICINA FAMILIAR
Identificación: 1049642804
N° Registro: 1049642804

Consecutivo: NE0100195830 Fecha de Atención: 21/09/2026 03:01 Nota de Enfermería - Sala de Egreso

Nota de Enfermería - Egreso:

FECHA: 21/09/2026, HORA: 03:01,

PACIENTE SALE DE LA INSTITUCIÓN EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON INCAPACIDAD MEDICA DESDE EL DIA 20/09/2026 HASTA EL 26/09/2026. ENTREGA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, PARACLINICOS, EPICRISIS DE ATENCION. SE REALIZA RECOMENDACIONES DE MOVILIDAD, DEAMBULACIÓN, APOYO DE EXTREMIDAD. SE REALIZA RECOMENDACIONES DE MANEJO DE HERIDA NO. SE REALIZA ENTREGA DE HEPARINAS: NEGATIVO. SE REALIZA RECOMENDACIONES ESPECIALES EDEMA. SE ENVIA ALTA MÉDICA, FORMULA E INCAPACIDADES AL CORREO DEL PACIENTE.

YAJAIRA MALENA URIBE SANTIAGO
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Identificación: 1015412395
N° Registro: 1015412395

CLINICA MEDICAL S.A.S, CLINICA MEDICAL S.A.S
NIT: 830507718-8
Cod. Habilitación: 110012215001
Calle 36 sur N° 77-33 - BOGOTA D.C

Incapacidad Nro: 0100037725 Fecha de Impresión: BOGOTA D.C 21/09/2026

Medical Contigo Transformando Vidas	Admisión: 0100022214		
Nombre del Paciente: CHACON BARAJAS JINET ALEJANDRA			
Dirección: CALLE 48 SUR NUMERO 83 18			
Identificación: CC - 1030681889	Fecha Nac.: 14/10/1997	Edad: 28 AÑOS	Género: F
Entidad Responsable: MUNDIAL SEGUROS			
01		Nivel: 1	
Dx Principal de Egreso: S300. CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS			

INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA

INCAPACIDAD MÉDICA INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA:

Modalidad: Intramural
Presunto origen de la incapacidad: Comun
Prórroga: No
Días de Incapacidad: 5
Fecha de Inicio de Incapacidad: 22/09/2026
Fecha Fin de Incapacidad: 26/09/2026
Grupo de servicio:
Causa Externa:



Firma de Médico Tratante

Nombre Médico: CRISTIAN YECID GOYENECHE CASANOVA
Registro Médico: 1049642804
Identificación: CC 1049642804
Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Imprime: YAJAIRA MALENA URIBE SANTIAGO.

CLINICA MEDICAL S.A.S, CLINICA MEDICAL S.A.S
NIT: 830507718-8
Cod. Habilitación: 110012215001
Calle 36 sur N° 77-33 - BOGOTA D.C

Incapacidad Nro: 0100037724 Fecha de Impresión: BOGOTA D.C 21/09/2026

Medical Contigo Transformando Vidas	Admisión: 0100022214		
Nombre del Paciente: CHACON BARAJAS JINET ALEJANDRA			
Dirección: CALLE 48 SUR NUMERO 83 18			
Identificación: CC - 1030681889	Fecha Nac.: 14/10/1997	Edad: 28 AÑOS	Género: F
Entidad Responsable: MUNDIAL SEGUROS			
01		Nivel: 1	

Dx Principal de Egreso: S122. FRACTURA DE OTRAS VERTEBRAS CERVICALES ESPECIFICADAS

Relacionados:
S202. CONTUSION DEL TORAX
S700. CONTUSION DE LA CADERA
T031. LUXACIONES, TORCEDURAS Y ESGUINCES QUE AFECTAN EL TORAX CON LA REGION LUMBOSACRA Y LA PELVIS
T07X. TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

INCAPACIDAD MÉDICA INCAPACIDAD HOSPITALARIA:

Modalidad: Intramural
Presunto origen de la incapacidad: Comun
Prórroga: No
Días de Incapacidad: 2
Fecha de Inicio de Incapacidad: 20/09/2026
Fecha Fin de Incapacidad: 21/09/2026
Grupo de servicio: Internación
Causa Externa: Accidente de tránsito de origen común



Firma de Médico Tratante

Nombre Médico: CRISTIAN YECID GOYENECHE CASANOVA
Registro Médico: 1049642804
Identificación: CC 1049642804
Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Imprime: YAJAIRA MALENA URIBE SANTIAGO.

CLINICA MEDICAL S.A.S, CLINICA MEDICAL S.A.S

NIT: 830507718-8
Cod Hab: 110012215001
Teléfonos: 3168757999
Dirección: Calle 36 sur N° 77-33 - BOGOTA D.C

Consecutivo: 0100041727 **Fecha:** 21/09/2026 02:29

Paciente: CC 1030681889 - CHACON BARAJAS JINET ALEJANDRA

FÓRMULA MÉDICA (Medicamentos e Insumos)

DATOS DEL AFILIADO

Identificación: CC 1030681889 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 14/10/1997 **Edad:** 28 AÑOS **Régimen:** Contributivo cotizante
Departamento: Bogota **Ciudad:** BOGOTA D.C **Ocupación:**
Teléfonos: 3219593894 **Nro de Admisión:** 0100022214
Dirección: CALLE 48 SUR NUMERO 83 18
Contratante: MUNDIAL SEGUROS



HUELLA **NOMBRE (PUÑO Y LETRA)** **FIRMA**

DIAGNÓSTICOS

DX Principal: S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO
DX Relacionado: S122 - FRACTURA DE OTRAS VERTEBRAS CERVICALES ESPECIFICADAS
DX Relacionado: S122 - FRACTURA DE OTRAS VERTEBRAS CERVICALES ESPECIFICADAS

DETALLE (MEDICAMENTOS)

Código	Nombre Genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosificación	Vía Admin.	Cantidad #	Cantidad Letras
ETOR001	ETORICOXIB 120 mg TABLETA RECUBIERTA *CUM: 20135122-02*	120 mg	TABLETA	Posología: 120.00 mg cada 24 horas por 7 días.	ORAL	7	SIETE
ACET018	ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325mg + 37,5mg TABLETA *CUM: 19925329-03*	362.5MG mg	TABLETA	Posología: 362.50 mg cada 12 horas por 5 días.	ORAL	10	DIEZ

CRISTIAN YECID GOYENECHE CASANOVA
Especialidad: MEDICINA FAMILIAR
Identificación: CC - 1049642804
N° Registro: 1049642804

Imprime: YAJAIRA MALENA URIBE SANTIAGO.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

I. DATOS DE LA RECLAMACIÓN.

Numero Radicado anterior | RG | Numero factura
Número Radicado: 0100022221 4

II. DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Razon Social: CLINICA MEDICAL S.A.S
Codigo_habilitacion: 1100122150 01 | Nit: 830507718-8

III. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

1er Apellido	2do Apellido
CHACON	BARAJAS

1er Nombre	2do Nombre
JINET	ALEJANDRA

Tipo Documento: [X] CC | CE | CN | PA | RC | TI | AS | MS | PT | PE | SC | CD | DE
No Documento: 1030681889
Fecha de Nacimiento: 14/10/1997 | Fecha Fallecimiento: | Sexo: [X] M | O
Dirección: CALLE 48 SUR NUMERO 83 18
Departamento: Bogota | CodDpto: 11 | Teléfono: 3219593894
Municipio: BOGOTA D.C | CodMpio: 001
CondicionVictima: [1] Conductor | 2 Peatón | 3 Ocupante | 4 Ciclista

IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

NaturalezaEvento:
- Accidente de Tránsito [X] 01
- Naturales: Sismo 02 | Maremoto 03 | Erupciones Volcánicas 04 | Huracán 16 | Inundaciones 06 | Avalancha 07 | Deslizamiento de Tierra 05 | Incendio Natural 08 | Rayo 25 | Vendaval 26 | Tornado 27
- Terroristas: Explosión 09 | Masacre 13 | Mina Antipersonal 15 | Combate 11 | Incendio Terrorista 10 | Ataques a Municipios 12 | Desplazados 14
- Otro 17 | Cual?

Direccion de la ocurrencia: CALLE 48 SUR NUMERO 83 56
Fecha Evento/Accidente: 20/09/2026 | Hora: 21:40
Departamento: Bogota | CodDpto: 11
Municipio: BOGOTA D.C | CodMpio: 001 | Zona: [X] U | R

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Transito

Enuncie las principales caracteristicas del evento / accidente:
CONDUCTOR DE MOTOCICLETA QUE ARROLLA CANINO PIERDE EL CONTROL Y CAE

V. DATOS DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado Aseguramiento: 1 Asegurado | 2 No Asegurado | 3 Vehiculo Fantasma | 4 Póliza Falsa | [X] Asegurado D.2497 | 7 No Aseg Prop.Indet. | 8 No Asegurado – Sin Placa.

Marca: AKT | Placa: BQV90E

Tipo Vehiculo: 1 Automovil | 2 Bus | 3 Buseta | 4 Camion | 5 Camioneta | 6 Campero | 7 Microbus | 8 Tractocamion | [X] 9 Motocicleta | 14 Motocarro | 17 Mototriciclo | 19 Cuatrimoto | 20 Moto extranjera | 21 Vehiculo extranjero | 22 Volqueta

CodAseguradora: AT1317
Numero Poliza: 980048227 | De: 13/08/2026 | a: 12/08/2027
No de SIRAS: ae29275bc0b90274f | Cobro Excedente Póliza: 1 Si | [X] No

VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA

CUPS Hospitalizacion | Complejidad: 1 Alta | [X] 2 Media | 3 Baja
CUPS PpaL Quirurgico | Codigo CUPS Quirurgico Sec
Servicio de UCI: 1 Si | [X] No | Dias UCI Reclamados

VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

1er Apellido	2do Apellido
BARAJAS	HERNANDEZ

1er Nombre	2do Nombre
JACQUELINE	

Tipo de Documento: [X] CC | CE | CD | DE | SC | PE | PT | NI | TI
No Documento: 52508311 1
Direccion:
Departamento: | CodDpto: | Telefono: 3115504555
Municipio: | CodMcpio:

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	2do Apellido
CHACON	BARAJAS
1er Nombre	**2do Nombre**
JINET	ALEJANDRA

Tipo Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] AS [ ] MS [ ] CD [ ] SC [ ] DE [ ] PE [ ] PT
No Documento: 1030681889
Dirección Residencia: CALLE 48 SUR NUMERO 83 18
Departamento: Bogota
CodDpto: 11
Teléfono: 3219593894
Municipio: BOGOTA D.C
CodMpio: 001

IX. DATOS DE REMISIÓN

Tipo Referencia Remisión [1] Orden de Servicio [2] Recibe Paciente [3]
Fecha Remisión a las
Prestador que remite
Código de Inscripción
Profesional que remite **Cargo**
FechaIngreso a las
Prestador que reciba
Código de Inscripción
Profesional que recibe
Placa Vehiculo Traslado Insterinstirucional

X. TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)
Placa Vehiculo Traslado Primario
Trasportó la Victima desde **Hasta**
Lugar donde recoge la Victima
Tipo Transporte Ambulancia Básica [1] Ambulancia Medicada [2] **Zona** Urbana [U] Rural [R]

XI. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso 20/09/2026 **a las** 22:16 **Fecha de Egreso** 21/09/2026 **a las** 02:29
Código Diagnostico Ppal Ingreso S069 **Código Diagnostico Ppal Egreso** S300
Otro Código Diagnostico de Ingreso **Otro Código Diagnostico de Egreso**
Otro Código Diagnostico de Ingreso **Otro Código Diagnostico de Egreso**

XII. DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE

1er Apellido	2do Apellido
GOYENECHE	CASANOVA
1er Nombre	**2do Nombre**
CRISTIAN	YECID

Tipo Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PE [ ] PT
Número Documento: 1049642804
Numero de Registro Medico: 1049642804

XIII. AMPAROS QUE RECLAMA

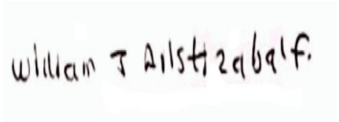
	Total Facturado	Total Reclamado
Gastos médicos quirurgicos	0	0
Gastos de Transporte y movilización de la Victima	0	0

XIV. Declaración de la institución prestadora de servicios de salud

El total Facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos suministros, materiales, dentro del anexo técnico numero 2

Servicios Habilitados: [X] Si [0] No

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaró bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá se verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administracion de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.



ARISTIZABAL FERNANDEZ WILLIAM JAMES
CC 7548543

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE

E. S. E. HOSPITAL LA MESA
PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
NIT. 890.680.027-4

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVARÉZ DÍAZ
Nit. 890.680.027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel: +057-3172601556

Fecha de Folio: 15/09/2026 6:32:48 p. m.
Fecha Actual : martes, 15 septiembre

CONSTANCIA MEDICA

Nº12773

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:	15/septiembre/2026 06:20 p. m.						
Médico:	79505510	JORGE ENRIQUE ALCOCER TOLOZA					
Informacion Paciente:	SEBASTIAN CAMPO PALLARES			**Tipo Paciente:**	Subsidiado	**Sexo:**	Masculino
Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía	**Numero:** 6791738		**Edad:**	76 Años / 1 Meses / 2 Dias	**F. Nacimiento:**	13/08/1950
E.P.S:	EPS037	NUEVA EPS S.A.					
Entidad:							

DETALLE DE LA CONSTANCIA

CONSTANCIA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN

SE HACE CONSTAR QUE EL PACIENTE SEBASTIÁN CAMPO PALLARES, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 6.791.738, SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EN ESTA INSTITUCIÓN DESDE EL DÍA 10 DE SEPTIEMBRE DE 2026, EN MANEJO MÉDICO Y EN REGULAR ESTADO GENERAL DE SALUD.

ACTUALMENTE, EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN TRÁMITE DE REMISIÓN A UNA INSTITUCIÓN DE MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD, DEBIDO A LA NECESIDAD DE CONTINUAR MANEJO ESPECIALIZADO. DICHO TRÁMITE SE ENCUENTRA A CARGO DE SU ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, A LA FECHA SIN RESPUESTA DEFINITIVA SOBRE LA ACEPTACIÓN DE LA REMISIÓN.

POR SU CONDICIÓN CLÍNICA Y REQUERIMIENTOS DE CUIDADO, SE CONSIDERA NECESARIA LA PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA.

SE EXPIDE LA PRESENTE CONSTANCIA A SOLICITUD DE LA HIJA DEL PACIENTE, PARA LOS FINES QUE ESTIME PERTINENTES.

FECHA: 15 DE SEPTIEMBRE DE 2026.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PLANILLA DE EQUIPO HUMANO

JARDÍN INFANTIL: Emanuel **CONTRATO:** 7836/2021 **FECHA:** 24/04/2021

Responsable del Jardín infantil	Profesionales de atención a primera infancia	Auxiliares de atención a la primera infancia	Auxiliar Administrativo	Manipulador (ar) de alimentos	Auxiliar de Servicio Generales	Dinamizador pedagógico	Total
1	10	5	1	3	3	0	21

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	PERFIL	TELEFONO	FIRMA
1	Yency Paola Castañeda O.	1106564630	Profesional en atención primera infancia	Lic. Pedagogia infantil.	3146091134	Yency Castañeda.
2	Luz Andrea Monroy J	52076421	Prof. Atencion Prime Infancia	Lic Preescolar - Especialista	3103497440	
3	KAREN L. MILLAN P	53139825	Prof Atención Primera Infancia	LIC. ED. PREESCOLAR	3246829854	KarenLM.
4	Paola Buitrago Contreras	1016052828	Profesional en atención a la primera infancia	Lic. pedagogia infantil	3118340603	
5	Mary Zufra Trespalacios	1103123336	Profesional en aten primera infancia	Normalista Superior	3046164580	MZufra.
6	Jenny Mireya Urrego Perez	52785704	Profesional en atención primera Infancia	Lic. Pedagogia Infantil	3103621159	
7	Sandra Jazmin URGUIDO M	52530768	Profesional en aten con primera infancia	Lic Ciencias Naturales y educacion ambiental	3133826813	
8	Sandra M. Moque Diaz	53098199	Profesional Atencion Primera Infancia	Lic. en Pedagogia Infantil	3123413251	
9	Sandra M. Daza Cerano	1074159463	Profesional Atencion Primera Infancia	Lic. en Pedagogia Infantil	3123113188	Sandra Daza C.
10	Angélica Buitrago	52128717	Auxiliar en atencion a la primera Infancia	Tecnica profesional en educacion preescolar	3125760383	Angélica Buitrago
11	Eliana Castiblanco	1082400004	Auxiliar en atencion a la primera infancia	Tecnica Profesional en atencion a primera infancia	3108907229	
12	Nidia R. Lara B	51915386	Auxiliar en atención a la primera infancia	Lic. en educación prees.	3005602075	NRL
13	Carol Janneth Gomez	52480670	Aux. Administrativo	Administrativo	3208226350	
14	Jessica beinal Q.	1023922078	M. Alimentos	Bachiller	3118036115	Jessicabeinal.
15	Sandra Aponza C	34563675	M. Alimentos	Bachiller	3223401335	
16	Carolina Huertas	1012380946	P. aseo e higiene	Bachiller	3223003245	carolina H
17	Gloria C Nieto	39533314	P. aseo e higiene	Bachiller	3134240512	Gloria C Nieto
18	Tatiana Rincon	1074418417	P. aseo e higiene	Bachiller	3143829999	Tatiana Rincon
19						
20						
21						
22						
23						
24						

Powered by CamScanner