

**RADICACION CONTESTACION DE LA DEMANDA RAD. 2021-00317**

Nestor Javier Betancourt Ruiz <nestorjavierabogado@gmail.com>

Mar 21/06/2022 14:01

Para: Juzgado 01 Familia - Meta - Villavicencio <fam01vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (19 MB)

CONTESTACION DE LA DEMANDA RAD.2021-00317.pdf; 1faa2f60-24a5-447e-907f-1d00f29cf0b9.mp4; TARJETA , CC (3) (2) (1).pdf;

Señores

**JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DE VILLAVICENCIO.**

E.S.D

Referencia: PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CUSTODIA Y CUIDADO PERSONAL, REGULACIÓN DE VISITAS Y FIJACIÓN DE CUOTA ALIMENTARIA.

Radicado: 500013110001-2021-00317-00

Demandante: LUZ MILA DE JESÚS SEPÚLVEDA

Demandado: STHEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA

Cordial saludo,

Por medio del presente correo me permito enviar a su Despacho CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA, dentro del proceso de la referencia. Contiene 36 Folios, que se encuentran debidamente escaneados y en archivo PDF, de igual forma como adjunto se encuentra un video.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,

NESTOR JAVIER BETANCOURT RUIZ

CC 11.408.656 de Caqueza

TP 310558 del C.S. de la J

Correo: [nestorjavierabogado@gmail.com](mailto:nestorjavierabogado@gmail.com)

Celular: 3202951036

--

**ABG. NESTOR JAVIER BETANCOURT RUIZ**

**Cel : 320 295 1036**

**Email: [nestorjavierabogado@gmail.com](mailto:nestorjavierabogado@gmail.com)**

Mailtrack

Remitente notificado con  
[Mailtrack](#)

PODER ESPECIAL

Señores

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO (META)  
E.S.D



Referencia: PROCESO DE ASIGNACION DE CUSTODIA Y CUIDADO PERSONAL, REGULACION DE VISITAS Y FIJACION DE CUOTA ALIMENTARIA.

Radicado: 500013110001-2021-00317-00

Demandante: LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA

Demandado: SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA.

SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía Nro. 1.121.901.455 expedida en Villavicencio, domiciliado en este Municipio, manifiesto por medio de este escrito, que concedo PODER ESPECIAL amplio y suficiente al Dr. NESTOR JAVIER BETANCOURT RUIZ, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 11.408.656 expedida en Caqueza (Cund), abogado en ejercicio, titular de la tarjeta profesional No. 310558 del C.S.J. para que actúe en mi propio nombre y representación, conteste la demanda de ASIGNACION DE CUSTODIA Y CUIDADO PERSONAL, REGULACION DE VISITAS Y FIJACION DE CUOTA ALIMENTARIA, proponga las excepciones, y las que estime procedentes, al igual que me represente dentro del proceso en referencia.

Mi apoderado queda facultado para representarme en todas las instancias del proceso, con las expresas facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso , en especial las de recibir, sustituir, reasumir poder, designar suplente, transigir, tachar , allanarse y disponer de derechos de litigio, documentos y testigos, conciliar, desistir y formular todas las pretensiones y recursos, que estime convenientes.

Agradezco su atención

Poderdante.

SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA

C.C Nro. 1.121.901.455 de Villavicencio

Correo: [saperezg1707@gmail.com](mailto:saperezg1707@gmail.com)

Acepto:

NESTOR JAVIER BETANCOURT RUIZ

c.c. Nro. 11408656 de Caqueza (Cund)

T.P. Nro. 310558 del C.S.J.

Correo: [nestorjavierabogado@gmail.com](mailto:nestorjavierabogado@gmail.com)

Tel.320-2951036



*Nestor Javier Betancourt Ruiz*  
*Abogado*



Señor

**JUEZ PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO VILLAVICENCIO-META**  
E.S.D

Referencia: **PROCESO DE ASIGNACION DE CUSTODIA Y CUIDADO PERSONAL, REGULACION DE VISITAS Y FIJACION DE CUOTA ALIMENTARIA.**

Radicado: **500013110001-2021-00317-00**

Demandante: **LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA**

Demandado: **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**

Asunto: **CONTESTACION DE LA DEMANDA**

**NESTOR JAVIER BETANCOURT RUIZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No11.408.656 expedida en Cáqueza (Cund), abogado en ejercicio y titular de la tarjeta profesional Nro. 310.558 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía Nro. 1.121.901.455 de Villavicencio, madre del menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ**, respetuosamente procedo a contestar la demanda lo contenido en la subsanación, en el proceso de la referencia dentro del término legal y oportuno, que a continuación se indican:

#### **FRENTE A LOS HECHOS**

Respecto a los hechos enunciados como fundamento fáctico de la demanda en el proceso de referencia, me permitiré hacer los siguientes pronunciamientos:

**HECHO PRIMERO: ES CIERTO**, sin embargo, la fecha de nacimiento del menor MATHIAS RESTREPO PEREZ es el 06 de Agosto del año 2019 y no 2018 como se encuentra en la demanda.

**HECHO SEGUNDO: ES CIERTO.**

**HECHO TERCERO: ES CIERTO.**

**HECHO CUARTO: ES CIERTO.**

**HECHO QUINTO: ES CIERTO.**

**HECHO SEXTO:** En atención a la solicitud de compartir la custodia del menor, es importante manifestarle al Despacho que el menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ**, padece de una condición física desde su nacimiento denominada **HEMIPARESIA IZQUIERDA** razón por la cual debe tener un especial cuidado debido a que ha tenido que someterse a procedimientos y terapias para lograr su normal desarrollo, situación que la señora **LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA** tiene pleno conocimiento.

Razón por la cual la custodia y el cuidado personal del menor tiene que estar en cabeza de su madre la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, pues ella es quien conoce de los procedimientos y todas las terapias que



debe realizarle a su menor hijo, motivo por el cual a continuación se relacionada alguno de ellos:

- Manifiesta mi poderdante que el menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ** debe asistir a terapia física integral, terapia ocupacional integral, terapia fonoaudiológica y controles con el especialista en neurología pediátrica, terapias que debe realizarse hasta los cinco años dependiendo de su evolución, dichos procedimientos se realizan todos los Sábados en el **CENTRO TERAPEUTICO INTEGRAL SENTIDOS IPS**, servicios que la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA** adquiere de manera particular en pro del bienestar y pronta rehabilitación de su hijo, además de otras terapias adicionales que ordena su médico tratante.
- De igual forma manifiesta mi poderdante que además de las terapias, también le fue ordenado a su menor hijo el uso de una **ORTESIS CORTA RIGIDA**, el cual debe utilizarla todas las noches, manifiesta mi poderdante que para el uso de este elemento le fue explicado cómo debía ser puesta para no lastimar a su hijo.
- Dentro de los otros cuidados de su menor hijo en lo que compete a su alimentación, manifiesta mi poderdante que su menor hijo tiene una dieta especial ordenada por nutricionista.
- Además de otros cuidados diarios del menor, como es el uso de gafas permanentes ya que padece de HIPERMETROPIA.

Así mismo manifiesta mi poderdante que por recomendación médica ella ingreso a su hijo **MATHIAS RESTREPO PEREZ**, al colegio COFREM como complemento y lo que aportaría al normal desarrollo del menor.

De la anterior relación de los cuidados especiales que el menor debe tener, todos son garantizados por su madre **SHETANNY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**. Manifiesta mi poderdante que mi poderdante ha acudido a los mejores especiales adquiriendo dichos servicios médicos de manera particular y movilizarse hasta la ciudad de Bogotá, esto con el fin de lograr una pronta rehabilitación de su hijo y mejorarle su calidad de vida. Además de brindarle todo su cariño, amor y cuidado como madre.

Es por ello que en cuanto a la solicitud de compartir la custodia del menor, es preciso indicar y como se ha venido mencionando la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, garantiza todos los derechos del menor **MATHIAS RESTREPO PÉREZ**, además de garantizarle crecer en un ambiente sano y de contar con los medios económicos y afectivas para brindarle una estabilidad.

Ahora bien manifiesta mi poderdante que **NO ES CIERTO** que ella no le permitio visitar al menor, manifiesta mi poderdante que ella si le permitía a la señora **LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA** visitar a su hijo **MATHIAS**, pues ella le había dado libertad a la demandante de visitarlo los días y horas que quisiera, sin embargo manifiesta mi poderdante que en varias de esas visitas la demandante la agredía verbalmente al igual que lo hacía con la señora **YELIZABETH GARCIA** madre de mi poderdante, también manifiesta mi poderdante que la demandante siempre iba acompañada de personas desconocidas para ella y su menor hijo.



Además de otras situaciones que se presentaba como el uso del cigarrillo, pues manifiesta mi poderdante que la señora **LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA** en esas visitas salía del inmueble a fumar, pero que ese humo alcanzaba a ingresar dentro del inmueble lo que preocupaba a la señora **SHTEFANNY ALEJANDRA** por el riesgo de perjudicar la salud de su menor hijo.

Que por dichos comportamientos manifiesta mi poderdante le restringió las visitas a la demandante, lo que provoco que la señora **LUZ MILA DE JESUS** se presentara al lugar de residencia de mi poderdante en varias ocasiones hacer “escándalos”. Manifiesta mi poderdante que dicha situación le preocupaba que perjudicara al menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ** pues manifiesta mi poderdante que su menor hijo es muy nervioso y este tipo de situaciones lo alteraban.

**HECHO SEPTIMO:** En cuanto a la cuota alimentaria me atengo a lo que decida el Despacho.

Ahora bien, en atención a la solicitud de la demandante de compartir con el menor los fines de semana no es posible, debido a que como se ha venido mencionado y según lo manifestado por mi poderdante el menor requiere de cuidados especiales diarios, cuidados que solo sabe la señora **SHTEFANNY ALEJANDRA PEREZ GARCIA** debido a la experiencia que ha venido adquiriendo desde el nacimiento de su hijo. Así mismo manifiesta mi poderdante que como parte de sus terapias, todos los sábados debe asistir **al CENTRO TERAPEUTICO INTEGRAL SENTIDOS IPS**, ubicado en el Barrio Buque de la ciudad de Villavicencio.

**HECHO OCTAVO: ES CIERTO.**

**HECHO NOVENO: ES CIERTO.**

**HECHO DECIMO: ES CIERTO.**

**HECHO DECIMO PRIMERO: ES CIERTO,** manifiesta mi poderdante que, desde el fallecimiento del progenitor de su menor hijo, ha sido ella quien ha velado por el cuidado y bienestar de su hijo **MATHIAS RESTREPO PEREZ**, haciéndose cargo de la manutención, crianza y sostenimiento de su pequeño hijo.

Manifiesta que en ocasiones lo deja al cuidado de su madre **YELIZABETH GARCIA** toda vez que confía en los cuidados de su madre hacia con su hijo, pues ella conoce de cerca y es testigo de todos los cuidados que ha requerido el menor desde su nacimiento, en razón a que mi poderdante junto con su menor hijo ha vivido con su madre desde el nacimiento del menor hasta hoy en día.

**HECHO DECIMO SEGUNDO:** Me atengo a lo que decida el Despacho.

**HECHO DECIMO TERCERO:** Me atengo a lo que decida el Despacho.

**HECHO DECIMO CUARTO: ES CIERTO.**

**HECHO DECIMO QUINTO: ES CIERTO,** conforme al poder que se allego a la demanda.



### **FRENTE A LAS PRETENSIONES**

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones que la demandante aduce en los siguientes términos:

**FRENTE A LA PRETENSION PRIMERA:** Me opongo, en razón a que la custodia esta solo se litiga entre progenitores, además por los hechos expuestos en esta contestación donde se puede evidenciar y se probara que la señora **SHTEFANNY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, garantiza todos los derechos de su menor hijo **MATHIAS RESTREPO PEREZ**.

**FRENTE A LA PRETENSION SEGUNDA:** Me atengo a los que decida el Despacho.

**FRENTE A LA PRETENSION TERCERA:** Me opongo, en razón a que como se indicó en la contestación de los hechos el menor debe seguir unos cuidados especiales diarios, los cuales son garantizados por la señora **SHTEFANNY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, pues es ella quien los conoce, además del derecho que le asiste al menor de ser cuidado por su madre.

**FRENTE A LA PRETENSION CUARTA:** Me opongo, en razón a que como se indicó en la contestación de los hechos el menor debe seguir unos cuidados especiales diarios, los cuales son garantizados por la señora **SHTEFANNY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**.

### **EXEPCIONES**

En conocimiento de los hechos y pretensiones de la parte demandante, me permito formular las siguientes excepciones denominadas:

#### **PRIMERA: INTERES SUPERIOR DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.**

Invoco esta excepción como fundamento al INTERES SUPERIOR que le asiste al menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ**, para ello es importante precisar su significado, entonces tenemos que el Interés Superior es el conjunto de decisiones que se toman en relación a un niño, niña o adolescente las cuales deben ir orientadas a su bienestar y pleno ejercicio de derechos. El interés superior de los niños, niñas y adolescentes es un principio rector que funda nuestro ordenamiento jurídico en aquellas materias que los involucran, y está reconocido en el artículo N° 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Ahora bien, dentro de nuestro ordenamiento jurídico el Artículo 8 de la Ley 1098 del 2006, establece que:

**ARTÍCULO 8o. INTERÉS SUPERIOR DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES.** *Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.*



Allí se establece el principio orientador del interés superior, el cual actúa como un principio con alcances tanto en el ámbito general de las políticas públicas como en el ámbito de la operabilidad, que permiten tomar decisiones que privilegian a los niños, niñas y adolescentes desde la perspectiva de sus derechos, en el ámbito de una política pública, reconoce como objetivo los derechos de los niños, niñas y adolescentes y promueve su protección por medio de mecanismos que conforman las políticas jurídicas y sociales, y en el **ámbito operativo, el interés superior se predica de situaciones en las que se deben armonizar los derechos e intereses de los niños en una situación determinada de conflicto.** (Concepto 38 DE 2013 del Instituto Colombiano de Bienestar y Familiar ICBF) Subrayado y en negrilla fuera de texto.

Con lo anteriormente descrito, se quiere decir que el interés superior de los niños, niñas y adolescentes deben ir conexas con sus derechos e intereses y prevalecer sobre cualquier situación o conflicto que los afecte.

Para ello también la corte constitucional se ha pronunciado como es en la Sentencia T-587/98 MP Dr. EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ, que predica lo siguiente:

*"El interés superior del menor no constituye una cláusula vacía susceptible de amparar cualquier decisión. Por el contrario, para que una determinada decisión pueda justificarse en nombre del mencionado principio, es necesario que se reúnan, al menos, cuatro condiciones básicas:*

- 1) en primer lugar, el interés del menor en cuya defensa se actúa debe ser real, es decir, debe hacer relación a sus particulares necesidades y a sus especiales aptitudes físicas y psicológicas;*
- 2) en segundo término debe ser independiente del criterio arbitrario de los demás y, por tanto, su existencia y protección no dependen de la voluntad o capricho de los padres o de los funcionarios públicos, encargados de protegerlo,*
- 3) en tercer lugar, se trata de un concepto relacional, pues la garantía de su protección se predica frente a la existencia de interés en conflicto cuyo ejercicio de ponderación debe ser guiado por la protección de este principio;*
- 4) por último debe demostrarse que dicho interés tiende a lograr un beneficio jurídico supremo consistente en el pleno y armónico desarrollo de la personalidad del menor".*

Para el caso en concreto, el interés superior del menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ** se encuentra garantizado por su madre la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, por ser ella quien le ha brindado al menor crecer en un ambiente sano, le ha garantizado una vivienda digna al lado de sus abuelos maternos, una crianza con valores éticos y morales, ha sido ella quien se ha encargado de su manutención, vestuario, salud, educación y con ello ha logrado un adecuado desarrollo del menor.

Además de ello ha garantizado todos los cuidados especiales que requiere el menor por su condición física, que como se ha manifestado en varias líneas de este escrito la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA** ha acudido a las mejores instituciones y centros médicos para lograr una



pronta rehabilitación de su menor hijo y mejorar su calidad de vida. Además de brindarle todo el cariño y amor lo cual también ha sido de vital importancia para su rehabilitación. Priorizando y garantizando la satisfacción integral del menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ**.

Por las razones expuesta en la demanda y lo indicado como fundamento de esta excepción, en cuanto a la solicitud elevada por la demandante sobre la custodia compartida del menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ**, es preciso manifestarle al Despacho que cualquier decisión que afecte el bienestar y cuidado del menor debe obedecer las normas que protegen el interés superior del menor y que este sea garantizado.

Motivo por el cual la custodia del menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ** tiene que estar en cabeza de la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, por cuanto el menor tiene derecho a ser cuidado por su progenitora y no por capricho, sino porque ella es quien garantiza la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos del menor.

#### **SEGUNDA: FALTA DE REQUISITOS DE LA CUSTODIA COMPARTIDA**

Se invoca esta excepción en atención a que la demandante no cumple con los requisitos para solicitar la custodia compartida del menor **MATHIAS RESTREPO PEREZ**, en razón a que la custodia solo se litiga entre progenitores y en los casos en donde dichos progenitores no puedan garantizar los derechos del menor y de manera excepcional se recurrirá a la figura de familia extendida es decir a sus abuelos, tíos o hermanos mayores.

Para ello es importante hacer alusión al Artículo 253 del Código Civil, que establece:

**ARTICULO 253. <CRIANZA Y EDUCACION DE LOS HIJOS>**. *Toca de consuno a los padres, o al padre o madre sobreviviente, el cuidado personal de la crianza y educación de sus hijos.*

Puntualmente el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF ha dicho:

*Los padres asumen sobre sus hijos derechos y deberes, los cuales deben ejercerlos de forma conjunta, a falta de uno de ellos los deberá asumir el otro y excepcionalmente podrán ser ejercidos por un pariente o tercero, según las circunstancias del caso y con ciertos límites, teniendo en cuenta siempre el interés superior del niño, niña o adolescente.*

Si bien es cierto que uno de los progenitores no está, debido que en un hecho desafortunado falleció el señor **RIGOBERTO RESTREPO PEREZ (q.e.p.d)** padre del menor, la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA** ha sido quien ha velado por el bienestar y crianza de su menor hijo, garantizando su manutención, vivienda digna, vestuario, educación y salud, además de crecer en un ambiente sano rodeado de mucho amor y cariño a pesar de la ausencia de su padre, sin embargo, no ha sido un obstáculo para lograrlo. De igual forma mi poderdante siempre ha cumplido con sus obligaciones como madre tal como se demostrará en este proceso.



Razón por la cual la señora **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, puede continuar con la custodia completa de su pequeño hijo, por todas las razones expuestas en la contestación de los hechos y lo que se ha venido indicando a lo largo de este escrito, además de contar con los medios económicos y afectivos para garantizar la satisfacción integral del menor. Al igual de garantizar el interés superior del menor.

### **PETICIONES**

Teniendo en cuenta lo narrado, me permito solicitar de manera respetuosa al Señor Juez, proferir lo siguiente:

**PRIMERO: DECLARAR** legal, oportuna y debidamente probadas cada una de las excepciones de mérito formuladas por la parte demandada en contra de las pretensiones de la parte demandante, las cuales denomino: **INTERES SUPERIOR DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES., FALTA DE REQUISITOS DE LA CUSTODIA COMPARTIDA.**

**SEGUNDO: DECLARAR** no probados los hechos y pretensiones de la parte demandante.

**TERCERO: CONDENAR** igualmente a la demandante, al pago de costas y agencias en derecho.

**CUARTO:** Las demás que el Despacho a su digno cargo estime menester y ajustadas a derecho imponer.

### **PRUEBAS**

Solicito señor Juez, se decreten, practiquen y tengan como pruebas las siguientes:

#### **Documentales:**

1. Fotocopia resultado de resonancia magnética de cerebro realizada al menor MATHIAS RESTREPO PEREZ.
2. Fotocopia historia clínica Neuropediatría del menor MATHIAS RESTREPO PEREZ de fecha 10/07/2020.
3. Fotocopia consulta externa del menor MATHIAS RESTREPO PEREZ en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt de fecha 23/09/2020.
4. Fotocopia consulta externa del menor MATHIAS RESTREPO PEREZ en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt de fecha 26/11/2020.
5. Fotocopia consulta externa del menor MATHIAS RESTREPO PEREZ en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt de fecha 28/06/2021.
6. Fotocopia consulta externa del menor MATHIAS RESTREPO PEREZ en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt de fecha 28/03/2021.
7. Evaluación Funcional realizada al menor MATHIAS RESTREPO PEREZ en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt.
8. Fotocopia órdenes medicas de terapias para el menor MATHIAS RESTREPO PEREZ.
9. Fotocopia Pago de terapias en el CENTRO TERAPEUTICO INTEGRAL SENTIDOS IPS.
10. Orden Medica de ORTESIS CORTA RIGIDA emitida por Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt.
11. Pago pensión párvulos Colegio COFREM.



12. Memorial de fecha 13 de Junio del año 2022 dirigido a la notaria Tercera del Círculo de Villavicencio.
13. Respuesta memorial de fecha 13 de Junio del año 2022 dirigido a la notaria Tercera del Círculo de Villavicencio. En cuanto a este documento no se alcanzó a obtener para la presentación de la contestación de la demanda en razón a los términos de respuesta que tiene la entidad, motivo por el cual me permito solicitarle a Su Señoría se me permita allegar dicho documento una vez se obtenga respuesta.

#### **Registro de videos:**

- Video donde la señora **LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA**, se presentaba al lugar de residencia de la señora SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA, manifiesta mi poderdante que la demandante se presentaba con el fin de hacer “escándalos”, de fondo se escucha el llanto del menor, quien es muy nervioso y este tipo de situaciones lo alteran. (Se encuentra como adjunto a este escrito)

#### **Interrogatorio de Parte:**

Ruego citar y hacer comparecer, para que, en audiencia, cuya fecha y hora se servirá usted señalar a la parte demandante **LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA**, para que absuelva interrogatorio que verbalmente le formularé, sobre los hechos de la demanda.

Ruego citar y hacer comparecer, para que, en audiencia, cuya fecha y hora se servirá usted señalar a la parte demandada **SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA**, para que absuelva interrogatorio que verbalmente le formularé, sobre los hechos de la demanda.

#### **Tesmoniales:**

Solicito a su Señoría, decretar el testimonio, citarlo y hacer comparecer:

- **YELIZABETH GARCIA TOVAR**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía Nro. 65.808.385, quien puede ser ubicada en Bosques de la Rivera III Manzana F Casa 17 de la ciudad de Villavicencio, celular: 3105594996, correo electrónico: [adriansantiagoperez@gmail.com](mailto:adriansantiagoperez@gmail.com), con el testimonio de la anteriormente mencionada se pretende para que manifieste sobre los cuidados, procedimientos y terapias que debe tener el menor MATHIAS RESTREPO PEREZ, sobre el cuidado que le brinda la señora SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA a su hijo, además para que nos manifieste sobre los comportamientos que tenía la hoy demandante cuando visitaba al menor MATHIAS RESTREPO PEREZ, además de las agresiones verbales que recibía por parte de la hoy demandante.
- **ADRIÁN CAMILO REYES PINEDA**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1.121.896.671, quien puede ser ubicado en la Calle 74 sur N° 41-117 Barrio Porfía de la ciudad de Villavicencio, celular: 3202808598, correo electrónico: [adrian.reyes28@live.com](mailto:adrian.reyes28@live.com), con el testimonio del anteriormente mencionado se pretende para que manifieste toda vez que conoce y ha compartido con la familia del

*Nestor Javier Betancourt Ruiz*  
*Abogado*



extinto RIGOBERTO RESTREPO SEPULVEDA (q.e.p.d) padre del menor, además de ser amigo de toda la vida y de infancia del anteriormente mencionado, además nos dará testimonio sobre el uso del cigarrillo de los abuelos paternos del menor la señora LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA y el señor RIGOBERTO RESTREPO HOYOS, y sobre el tratamiento psiquiátrico que se estaba sometiendo la señora LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA.

- **JULIO CESAR PEDRAZA LÓPEZ**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 86.047.780, quien puede ser ubicado Calle 40<sup>a</sup> N°20<sup>a</sup>-14 Barrio Jordán de la ciudad de Villavicencio, celular: 3158486122, correo electrónico, [eljilguero14@gmail.com](mailto:eljilguero14@gmail.com), con el testimonio del anteriormente mencionado se pretende que manifieste sobre las ocasiones en que iba a la casa de la señora SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA y encontraba a la señora LUZ MILA DE JESUS SEPULVEDA fumando, además de presenciar cuando la demandante agredía verbalmente a la madre de mi poderdante en tonos muy fuertes sobre temas económicos

**OFICIOSA:**

Las demás que el Despacho a su digno cargo estime menester, para un mejor proveer.

**ANEXOS**

Poder a mi favor y los documentos aducidos como pruebas.

**FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Invoco como fundamento de derecho las siguientes disposiciones normativas:

- Artículos 96, 198,208 y 391 del Código General del Proceso, Artículo 253 del Código Civil.
- Artículo 8 de la Ley 1098 del año 2006.
- Sentencia T-587/98 MP Dr. EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ
- Concepto 38 DE 2013 del Instituto Colombiano de Bienestar y Familiar ICBF.

**NOTIFICACIONES**

La demandante recibe notificaciones en la dirección por ella aportada en la demanda.

La demandada recibe notificaciones en Bosques de la Rivera III Manzana F casa 17 de la ciudad de Villavicencio, celular: 310 4916855, correo electrónico: [saperezg1707@gmail.com](mailto:saperezg1707@gmail.com)

El suscrito recibe notificaciones en el Centro Comercial Galerón Oficina 105 Centro de Villavicencio-Meta, celular: 320 295 1036, correo electrónico: [nestorjavierabogado@gmail.com](mailto:nestorjavierabogado@gmail.com).

Del señor Juez, Atentamente

**NESTOR JAVIER BETANCOURT RUIZ**

CC 11.408.656 de Caqueza (Cund)

TP 310558 del C.S. de la Judicatura



## IMAGENES DIAGNOSTICAS DEL LLANO S.A

NIT.800.156.469-2

10-06-2020

Nombre: **MATHIAS RESTREPO PEREZ** Documento: **1234793315** Sexo: **M**  
Fecha de Nacimiento: **06-08-2019** Edad: **0 años 10 meses 4 días** Peso: **0Kg**  
Estudio: **RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO**  
Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.** Número Orden: **RCV0056155**

### RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO:

Con equipo superconductor de 1.5 Teslas de campo cerrado se realizan secuencias sagital spin eco T1, Coronal fast – spin eco T2 y axiales spin eco T1, fast – spin eco T2 y Flair.

El parénquima cerebral es de morfología con surcos y cisternas de tamaño normal.

Asimetría en el tamaño de los ventrículos laterales con aumento de tamaño del asta frontal del ventrículo lateral izquierdo, disminución de tamaño de cabeza del núcleo caudado ipsilateral. Discretas áreas de hiperintensidad en T2 periventriculares

El cuerpo calloso disminuido de tamaño con mayor compromiso en su cuerpo y rodilla .

Regiones gangliobasales, tronco cerebral y cerebelo de morfología e intensidad de señal normal.

Estructuras vasculares del polígono de Willis de trayecto y calibre normal.

Órbitas de morfología e intensidad de señal normal.

### OPINION:

1. HALLAZGOS QUE PUEDEN ESTAR EN RELACIÓN A LIGERA LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR.
2. DISMINUCIÓN DE TAMAÑO DEL CUERPO CALLOSO EN SU CUERPO Y RODILLA.
3. DILATACIÓN DEL ASTA FRONTAL DEL VENTRÍCULO LATERAL IZQUIERDO QUE PUEDE SER SECUNDARIO A PÉRDIDA DE VOLUMEN.

**PROTOCOLO PARA COVID-19 EN LA INSTITUCIÓN:** 1. Encuesta de detección de síntomas respiratorios. 2. Medición de temperatura 3. Lavado de manos según protocolos de la OMS 4. Uso de EPP por parte de todo el personal. 5. Limpieza de áreas y desinfección de equipos según protocolo institucional

Informe firmado electrónicamente por:  
**LUIS ALFREDO PAEZ LANCHEROS**  
**MÉDICO RADIÓLOGO**  
**No. registro: RM-22486**

ALANDINES - Fecha y hora de la firma 2020-06-10 09 39 39

**Nota: Se advierte al usuario que está obligado, por disposiciones legales y para su beneficio, a guardar las placas, impresos ecográficos e informes por períodos no menor a tres años.**

Villavicencio Cll 33A # 36 - 15 Barrio Barzal - Tel (8) 6849287

Acacias Cll 13 # 12 - 44 Barrio Juan Mellao - Tel (8) 6574686

Villavicencio - Acacias (META)

[www.lmdllano.com](http://www.lmdllano.com)

1 de 1 - HK1433727





IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1234793315	
Paciente: MATHIAS RESTREPO PEREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06/08/2019	
Edad y género: 1 Año y 1 mes, Masculino	
Identificador único: 559698	Responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

Página 1 de 1

**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.

Fecha: 23/09/2020 13:42 - Ambulatoria - Sede: PROPACE sede 011 - Ubicación: PROPACE 1PRIMER PISO

Nota de Ingreso Consulta Externa - Apoyo - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Indicador de rol: Apoyo Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No aplica

Motivo de Consulta, Enfermedad Actual: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION  
12 MESES  
PROCEDENTE VILLAVICENCIO  
MADRE ALEJANDRA PEREZ

MC: tiene dificultad para mover la mano izquierda

EA: Paciente quien desde los 10 meses de evolucion evidencian menor movilidad en mano izquierda para realizar los agarres, madre menciona producto de 1er embarazo, G1 P1 C0 a las 39 semanas con preclampsia peso 2905, talla 53 cm, buen adaptacion neonatal, sosten cefalico 4 meses, rolados 7 meses, sedente 11 meses, gateo 12 meses, bipedo actual, lengueje 7 palabras, no pasa hojas de un libro, cruza linea media, no agarra 2 objetos al mismo tiempo.

**Esta en manejo con terapia fisica, ocupacional y enguje Revisión Física:**

Organos de los Sentidos: Normal

Análisis de resultados: 01/09/2020 ECG normal

10/06/2020 Rm cerebro asimetria en el tamaño de los ventriculos laterales con aumento del tamaño del asta frontal izquierdo discretas hiperintensidades periventriculares hallazgo en relacion a ligera leucomalacia periventricular, disgenesia de cuerpo calloso

21/05/2020 Rx de clavícula izquierda normal

11/05/2020 Rx de cadera normal

02/06/2020 An Igg citomegalovirus 297, toxoplasma 11, Igm citomegalovirus 0. 09 herpes Igg Igm negativos

Presión arterial (mmHg): 91/50. Presión arterial media(mmHg): 63 Frecuencia cardiaca(La/min): 105 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18 Escala del dolor: 0 Peso(Kg): 8.3 Talla(cm): 57

Examen Físico:

Neurologico

Neurologico : Paciente ingresa en brazos de su madre, con microcefalia se torna irritable durante la valoración, activo y reactivo, hemiparesia izquierda con pulgar en aducción defácil reducción leve incremento de tono izquierdo ashworth 1, sostiene el sedente, realiza patrón recíproco de gateo pero con mano cerrada, sostiene el bipedo con apoyo, columna alineada, cadera adecuada abdomen

Diagnósticos activos después de la nota: R620 - RETARDO EN DESARROLLO.

Plan de Manejo/Información y Recomendaciones: **Paciente con microcefalia y disgenesia de cuerpo calloso, retraso del desarrollo con impresión de hemiparesia izquierda. debe continuar plan de rehabilitación, se solicita escala funcional HINE para evaluación objetiva y pronóstico. se dan recomendaciones, ya tiene ordenes de terapias, ya está en seguimiento con neuropediatría.**

Firmado por: PAULA ANDREA SUAREZ CASTRO, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - JUNTA DE SEDESTACION, Registro 25299, CC 52823847

PAULA ANDREA SUAREZ CASTRO  
M.M. 25299  
50



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1234793315	
Paciente: MATHIAS RESTREPO PEREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06/08/2019	
Edad y género: 1 Año y 3 meses, Masculino	
Identificador único: 559698	Responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

Página 1 de 1

**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.

Fecha: 26/11/2020 13:29 - Ambulatoria - Sede: PROPACE sede 011 - Ubicación: PROPACE 1PRIMER PISO

Nota de Ingreso Consulta Externa - Tratante - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Diagnósticos activos antes de la nota: RETARDO EN DESARROLLO, HEMIPLEJIA ESPASTICA (En Estudio).

Indicador de rol: Tratante Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No aplica

Motivo de Consulta, Enfermedad Actual: Edad 15 meses 3 semanas

Villavicencio

Informante: Madre

Convive: Abuelos maternos y madre

Centro Rehabilitacion

Refiere mejoría en movilidad global en m superior izquierdo

Realiza agarres. Produccion verbal de aprox 8 palabras claras

Camina por tramos cortos aprox dos metros

En plan de rehabilitacion integral esta pendiente un mes Revisión Física:

Organos de los Sentidos: Normal

Análisis de resultados: 11/2020 HINE : 68/78. Total pares craneales: 15/15. total de postura: 16/18. total tono: 22/24

total movimientos: 4/6. Total reflejos 11/15

10/06/2020 Rm cerebro asimetría en el tamaño de los ventrículos laterales con aumento del tamaño del asta frontal izquierdo discretas

hiperintensidades periventriculares hallazgo en relación a ligera leucomalacia periventricular, disgenesia de cuerpo calloso

21/05/2020 Rx de clavícula izquierda normal

11/05/2020 Rx de cadera normal

Presión arterial (mmHg): 91/50, Presión arterial media(mmHg): 63 Escala del dolor: 0

Examen Físico:

Neurologico

Motor : Clínicamente

Agarres funcionales

Tono aumentado en flexores de carpo izq 1/4

Fallas en pinzas izquierda

Sin escoliosis

Caderas estables

Protectora anterior asimétrica, por rezago izquierdo

Protectora lateral izquierda deficiente

Cuello de pie llega a neutro

Marcha con patron Inmaduro, contacto inicial antepie izquierdo sin progresion plantar

Diagnósticos activos después de la nota: G811 - HEMIPLEJIA ESPASTICA (En Estudio), R620 - RETARDO EN DESARROLLO.

Plan de Manejo/Información y Recomendaciones: Paciente con hemiparesia izquierda, leucomalacia periventricular, actual patron inmaduro de marcha con tendencia a equino izquierdo.

Se indica continuar con f física, ocupacional, fonoaudiológico tres sesiones semana, mejorar agarres, protectoras, favorecer marcha, modulación de tono, estimulación multisensorial, mejorar producción verbal

Pendiente definir pertinencia de ortesis m inferior

Control.

Firmado por: JHON JAIRO FORERO DIAZ, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, Registro 79648166, CC 79648166



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1234793315	
Paciente: MATHIAS RESTREPO PEREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06/08/2019	
Edad y género: 1 Año y 10 meses, Masculino	
Identificador único: 559698	Responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

**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.

Fecha: 28/06/2021 15:26 - Ambulatoria - Sede: PROPACE sede 011 - Ubicación: PROPACE 1PRIMER PISO

Evolucion Consulta Externa - Nota adicional - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Paciente de 1 Año y 10 meses, Género Masculino

Diagnósticos activos antes de la nota: RETARDO EN DESARROLLO, HEMIPLEJIA ESPASTICA (En Estudio).

Indicador de rol: Nota adicional Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No aplica

Subjetivo, Objetivo, Analisis: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION  
22 MESES  
PROCEDENTE VILLAVICENCIO  
YELIZABETH GARCIA ABUELA

Paciente conocido por el servicio con diagnosticos de

- 1. Retardo leve de desarrollo
- 2. Leucomalacia periventricular
- Hemiplejia izquierdo
- Microcefalia

Asiste a control, menciona fue entregada ortesis en marzo, con lo cual notan mejor posicionamiento del pie.

Esta realizando terapias integrales 3 veces por semana.

Lengüaje 3 claras y multiples incomprendibles por terecos

No tiene control de esfinteres

Usa cuchara y lleva a limentos a la boca

Reconoce animales, no realiza onomatopeyas. se quita ropa de terno inferior y parcialmente superior. hay momento de agresividad con terceros con la negación

Corre, sube escalones no los baja.

Inicio tolerancia texturas solidas.

Analisis de Resultados: 01/09/2020 ECG normal

10/06/2020 Rm cerebro asimetria en el tamaño de los ventriculos laterales con aumento del tamaño del asta frontal izquierdo ducretas hiperintensidades periventriculares hallazgo en relacion a ligera leucomalacia periventricular, disgensia de ducorpo caloso

21/05/2020 Rx de clavícula izquierda normal

11/05/2020 Rx de cadera normal

02/06/2020 An Igg citomegalovirus 297, toxoplasma 11, Igm citomegalovirus 0.09 herpes Igg Igm negativos

Presión arterial (mmHg): 9/5, Presión arterial media(mmHg): 6 Escala del dolor: 0

Examen Físico:

Neurologico

Neurologico : lente ingresa con marcha independiente, establece contacto con el examinador, realiza seguimiento, sigue ordenes simetria facial no emite lengüaje verbal, patrones funcionales de hemicuerpo derecho, izquierdo con apertura y la integra en algunas acciones con tendencia a flexión de muñeca, paracaídas asimétrico, pie equino que reduce con facilidad, cadera adecuada abd columna alineada, marcha con patrón hemiplejico con pie caído durante balanceo aumento de tono con pie equino intermitente tono ashworth 1+

Diagnósticos activos después de la nota: G811 - HEMIPLEJIA ESPASTICA (En Estudio), R620 - RETARDO EN DESARROLLO.

Plan de manejo: Paciente con parálisis cerebral nivel funcional I, se continua plan de rehabilitación por 6 meses 2 sesiones por semana física, ocupacional y lengüaje (lo está haciendo particular) se solicita pedi

Se valora ortesis esta mal hecha, el retropie esta en valgo, el componente de tobillo esta abierto y por detras de maleolo actuando como ortesis flexible y se solicitado rigida

Firmado electrónicamente

Documento impreso el día 28/06/2021 15:54:10



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1234793315	
Paciente: MATHIAS RESTREPO PEREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06/08/2019	
Edad y género: 2 Años y 7 meses, Masculino	
Identificador único: 559698	Responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

Página 1 de 2

**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.

Fecha: 28/03/2022 13:50 - Ambulatoria - Sede: PROPACE sede 011 - Ubicación: PROPACE 1PRIMER PIÑO

Evolucion Consulta Externa - Nota adicional - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Paciente de 2 Años y 7 meses, Género Masculino

Diagnósticos activos antes de la nota: **RETARDO EN DESARROLLO, HEMIPLEJIA ESPASTICA** (En Estudio), **OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE.**

Indicador de rol: Nota adicional Causa externa: ENFERMEDAD PROFESIONAL Finalidad: No aplica

Subjetivo, Objetivo, Analisis: EDICINA FISICA Y REHABILITACION

23 MESES

PROCEDENTE VILLAVICENCIO

YELIZABETH GARCIA ABUELA

Paciente conocido por el servicio con diagnosticos de

1. Paralisis cerebral nivel funcional I hemiplejica
  2. Leucomalacia perentricular
- Microcefalia

Asiste a control, abuela menciona que esta realizando plan de rehabilitación 2 veces por semana. Abuela menciona que integra mas la extremidad, logra mayor apertura, mejor apoto de extremidad inferiro y menor caidas.

Lengueje 8 paloabras, no combina, comprende adecuamente, reconoce partes cuerpo, animales, no cuenta los numeros pero no reconoce hasta el 5, no se desviste, alimentación independiente con uso de cuchara

Controla esfinteres

Tiene buena integración con pares, inicio escolaridad.

Analisis de Resultados: 20/10/2021 GMFM 66: 61, 8 %

GMFCS: I

MACS: II

CFCS: 1

BAMF: 8

GUILLETTE: 8.

28/09/2021CFCS IV (Expresivo) Expresivo Emisor raramente eficaz y receptor raramente eficaz con interlocutores conocidos y desconocido

Comprensivo II

19/10/2021 PEDI RESULTADOS

MACS II

PULGAR EN PALMA DER no IZQ I

ZANCOLLI DER no IZQ I

QUEST DER IZQ

movimientos disociados 93. 75 78. 13

agarres 70. 37 33. 33

soporte de peso 88. 00 80. 00

extension protectiva 66. 67 33. 33

PEDI PORCENTAJE

autocuidado 44. 4 P34

movilidad 57. 3 P27

funcion social 41. 1 P17

Firmado electrónicamente

Documento impreso el día 28/03/2022 14:00:00



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1234793315	
Paciente: MATHIAS RESTREPO PEREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06/08/2019	
Edad y género: 2 Años y 7 meses, Masculino	
Identificador único: 559698	Responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

**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.

Presión arterial (mmHg): 9/5, Presión arterial media(mmHg): 6 Frecuencia cardiaca(Lat/min): 120 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 22  
Temperatura(°C): 36 Saturación de oxígeno(%): 90 Escala del dolor: 0  
Peso(Kg): 11 Talla(cm): 86 Índice de masa corporal(Kg/m2): 14. 87 Superficie corporal(m2): 0. 51

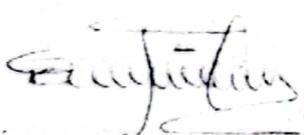
**Examen Físico:**

**Neurologico**

Neurologico : iente ingresa con marcha indepndiente, establece contacto con el examinador, realiza seguimiento, sigue ordenes simetria facial no emite lenguej verbal, patrones funcionales dle hemisferio derecho, izquierdo con apertura y la integra en algunas accione con tendencia a flexion de muñeca, paracaidas asimetrico, pie equino que reduce con difucultad sin silversiolod +, cadera adecuada abd columna alineada, marcha con patron hemiplejico con pie equino aumneto de tono con pie equino intermitente tono ashworth 2

Diagnósticos activos después de la nota: F808 - OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE, G811 - HEMIPLEJIA ESPASTICA (En Estudio), R620 - RETARDO EN DESARROLLO.

Plan de manejo: Paciente con retraso global ganancias en area motora alteracion significativa en lengueje, se observa mayor inquietud motora de la esperada para edad debe continuar con plan de rehabilitación se explican pruebas funcionales y objetivo desde las mismas, posible candidato a aplicacion de toxina se solicita analisis d emarcha.

  
Paula Andrea Suarez  
Medico Fisiatra - S.O.  
R.M. 25299

Firmado por: PAULA ANDREA SUAREZ CASTRO, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - JUNTA DE SEDESTACION, Registro 25299, CC 52823847

**INFORME**

**Nombre** Mathias Restrepo Perez HC.1234793315  
**Fecha de nacimiento** 06/08/2019 **EPS** Sanitas  
**Fecha de examen** **Perimetro cefalico** 46.5  
**Percentil** 2,  
**Edad gestacional:** 40 **Diagnostico**  
microcefalia- hemiparesia izquierda  
**Edad cronologica:** 15 meses  
**Edad corregida:** 15 meses

**TOTALES HINE - INFANT**

TOTAL pares craneales	TOTAL postura	TOTAL valoracion del tono	TOTAL movimientos	TOTAL reflejos y reacciones
15 / 15	16 / 18	22 / 24	4 / 6	11 / 15

**TOTAL HINE INFANT** 68 / 78

**CONDUCTA**

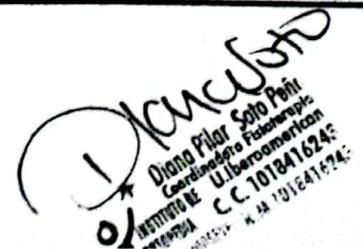
**Estado de alerta** 5. Pierde el interes **Estado emocional** 4. Indiferente  
**Sociabilidad** 3. Acepta el contacto

**RECOMENDACIONES**

Nueva evaluacion motora en 6 meses, debe realizarse un GMFM -66  
**Paciente con hemiparesia izquierda**, aumento de tono en hemicuerpo izquierdo, aumento reflejos osteotendinosos rotuliano, aquiliano y bicipital izquierdo. mano izquierda cerrada la mayoría de las veces, y al colocarse en bípedo y caminar con asistencia lo realiza con marcha en punta de pie izquierda.  
 Se recomienda plan de terapias enfocado a restricción del miembro sano, adicional fisioterapia para enseñar habilidades motoras gruesas como bipedestacion y marcha. y debe iniciar Jardín el próximo año.  
 El examen nos brinda una probabilidad alta de marcha independiente que debe discutirse con el medico fisiatra, el diagnostico definitivo y pronostico

Terapeuta

Diana Pilar Soto Peña



Diana Pilar Soto Peña  
 Coordinadora Fisioterapeuta  
 INSTITUTO ROOSEVELT  
 C.C. 1018416245  
 NIT 131241724



INSTITUTO ROOSEVELT  
Rehabilitación  
EVALUACIÓN FUNCIONAL MOTORA GMFM

Nombre Mathias Restrepo Perez  
Historia Clínica 559698  
EPS Sanitas  
Diagnostico Leucomalacia perventricular- Hemiplejia Izquierda.

El día 19/10/2021 se llevó a cabo la evaluación funcional motora de Mathias de 2 años 1 meses de edad. En el momento el niño se encuentra ubicada en un nivel 1 de acuerdo al Sistema de Clasificación Motora Gruesa GMFCS con un puntaje de 61,8%.

Actividad	Puntaje
Camina 10 pasos	3
Sube escaleras con un apoyo alternando MMII	2
Corre	2
Salta de un escalon	0
Baja 4 escalones alternando MMII sin apoyo	0
Salta en pie derecho	0
Salta en pie izquierdo	0

FMS		FAQ	
FMS 5	5	Guillette	8
FMS 50	5		
FMS 500	5		

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Paciente con Hemiparesia izquierda.

1. Nueva evaluación funcional motora según considere medico tratante.
2. Se ubica en el percentil 60 del GMFCS I según su rango de edad.
3. Desde Terapia física se recomienda incluir a Mathias en actividades lúdicas y deportivas con pares de su edad que refuercen el equilibrio estático y dinámico, carrera y salto en 2 pies.

INSTITUTO ROOSEVELT  
Fisioterapeuta  
UECR  
Teléfono: 1075660012

Laura Velasquez.  
Fisioterapeuta

Terapias



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

DIR: CALLE 37 A No. 28-53

Fecha Actual : viernes, 10 julio 2020

TELÉFONO: 6817961

NIT: 892000501-5

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS  
HISTORIA CLINICA DE NEUROPIEDIATRIA

N° Historia Clínica: 1234793315

N° Folio: 2 Folio Asociado: 1

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MATHIAS RESTREPO PEREZ  
Fecha Nacimiento: 06 agosto 2019 Edad Actual: 0 Años \ 11 Meses \ 4 Días  
Dirección: BLAMORAL MZ 11 CASA 12  
Procedencia: VILLAVICENCIO

Identificación: 1234793315 Sexo: Masculino  
Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3209255734-3105594996  
Ocupación:

DATOS DE AFILIACION

Entidad: E.P.S. SANTAS - CNT  
Plan Beneficios: SN1215 - SANTAS EPS CONTRIBUTIVO

Régimen: Regimen Simplificado  
Nivel - Estrato: RANGO A (Ingresos Inferiores a 2 S.M.L.V.)  
11.5%

DATOS DEL INGRESO

Responsable:  
Dirección Resp:  
Finalidad Consulta: No\_Arrica  
Diagnóstico: G819 HEMIPLEJA, NO ESPECIFICADA

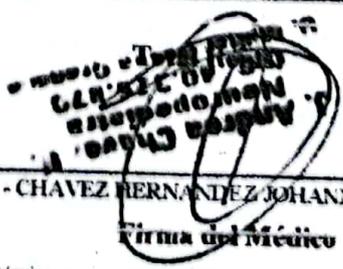
Teléfono Resp:  
N° Ingreso: 3200890 Fecha: 10/07/2020 10:01:34 a. m.  
Causa Externa: Enfermedad General

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

Servicio:	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario
Observaciones:						
Servicio:	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	Cantidad:	80	Estado:	Rutinario
Observaciones:	20X MES					
Servicio:	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Cantidad:	80	Estado:	Rutinario
Observaciones:	20X MES					
Servicio:	937101	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO	Cantidad:	80	Estado:	Rutinario
Observaciones:	20X MES					
Servicio:	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEQUIIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario
Observaciones:	CON REPORTES					

Reunión

5

  
 40325870 - CHAVEZ HERNANDEZ JOHANNA ANDREA  
 Firma del Médico

Artículo 18 - Resolución 1995. \* Los Prestadores de Servicios de salud pueden utilizar medios Físicos o técnicos como computadoras y medios magnéticos - ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el archivo general de la nación, o las normas que la modifiquen o adiciones. Los prestadores de Servicios de Salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, que de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro \*

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS No. 29958899**

VILLAVICENCIO - 02/06/2020, 10:42:19

Nombre: MATHIAS RESTREPO PEREZ

Identificación: RC 1234793315

Contrato E.P.S Sanitas: 10-1675169-1-3

Tipo de Usuario: Otro

Sexo: Masculino - Edad: 10 Meses

Historia Clínica: 1234793315

**DIAGNÓSTICO:**

(Q02X)(G310)(R620)

No.	PROCEDIMIENTO	Cantidad
1	938303 - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	10 - 10 Mes(es)

*Delgado Restrepo Perez  
Activo  
Nº 23 874739*

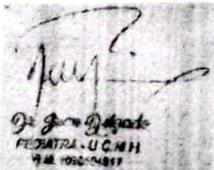
*Mirella Samir*

**ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN**

Por favor comunicarse con REHABILITAR IPS VILLAVICENCIO E U al telefono número: 6723362

ORDEN MÉDICA VÁLIDA POR 120 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

**DATOS DEL MÉDICO**



*Juan Augusto Delgado Sequeda*  
PEDIATRA - U.C.M.H.  
C.C. 1098604817

Juan Augusto Delgado Sequeda - Pediatría  
CC 1098604817 - Registro médico 1098604817

**Original**

- Impreso: 02/06/2020, 10:47:37

Firmado Electrónicamente

Impreso por: juadelgado

Página 1 de 1



**CENTRO TERAPEUTICO INTEGRAL SENTIDOS IPS  
SAS**

**NIT: 901299881 - 4**

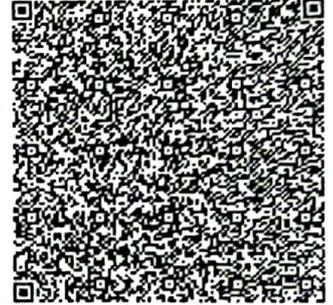
Persona Jurídica  
Régimen Responsable

COLOMBIA, META, VILLAVICENCIO  
CARRERA 43C # 18-04 BUQUE

senti2ips@gmail.com  
3143359982

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FEV2541



ADQUIRIENTE: SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA  
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1121901455 - 4  
DIRECCIÓN: COLOMBIA, META, VILLAVICENCIO, CALLE 60 46A 64 SUR  
CORREO ELECTRÓNICO: SAPEREZG1707@GMAIL.COM  
NÚMERO TELEFÓNICO: 3214161043

FECHA DE EMISIÓN  
2022-06-11  
11:39:37

FECHA DE VENCIMIENTO  
2022-06-11

CUFE  
1e70c06bb64160f9bc00917870b8bb91661a1fa794ac89  
32c88b7eada763ef8a4e740cb9c1b5526701cb7c138b6d  
e922

#	DESCRIPCIÓN	CTD.	VALOR UNITARIO	IMPUESTOS	SUBTOTAL
1	937000 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD	5	33.000		165.000
2	931001 - TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	5	33.000		165.000
<p><b>FORMA DE PAGO:</b> Contado <b>PACIENTE:</b> RC 1234793315 MATHIAS RESTREPO PEREZ <b>CODIGO:</b> <b>OBSERVACION:</b> <b>PERIODO:</b> 2022-06-11 - 2022-06-11</p> <p>Se hace constar que las mercancías o servicios fueron entregados real y materialmente y en todo caso, la factura será considerada irrevocablemente aceptada por el comprador si no reclamare en los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción.</p> <p>Esta Factura de Venta se asimila en sus efectos a la letra de Cambio (Art. 621 y 774 de C.C.)</p> <p>Resolución número 18764026537384 autorizada el 2022-03-11 desde FEV2001 hasta FEV5000, vigente hasta el 2023-03-11.</p>					
<b>Subtotal Precio Unitario (=)</b>					330.000
<b>Descuentos detalle (-)</b>					0
<b>Recargos detalle (+)</b>					0
<b>Subtotal No Gravados (=)</b>					330.000
<b>Subtotal Base Gravable (=)</b>					0
<b>Total impuesto (+)</b>					0
<b>Total más impuesto (=)</b>					330.000
<b>Descuento Global (-)</b>					0
<b>Recargo Global (+)</b>					0
<b>Anticipo (-)</b>					0
<b>Valor Total</b>					<b>330.000</b>

TRESCIENTOS TREINTA MIL PESO(S) COLOMBIANO(S) EXACTOS

Documento procesado por Grafosoft SAS 901084328, desarrollo informático F-901299881Globho. Fecha y hora de expedición 2022-06-13 18:17:35.



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Número de Solicitud: 13738

Fecha: 2020-11-26 Hora: 13:59

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)**

Nombre: PROPACE sede 011

NIT  860013874 - 7

CC  Número DV

Código:	110010825806	Dirección Prestador:	Carrera 54 # 65-85
Teléfono:	0571 3534000		
	Indicativo	Número	Departamento: BOGOTÁ
			11 Municipio: BOGOTA D.C. 001
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)			ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
			Código: EPS005

**DATOS DEL PACIENTE**

RESTREPO	PEREZ	MATHIAS	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

<input checked="" type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1234793315
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número Documento Identificación
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2019-08-06
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 60 # 46 A 64 SUR CIUDAD PORFIA	Teléfono:	3209255734
Departamento:	META	50	Municipio: VILLAVICENCIO 001
Teléfono Celular:	3105594996	Correo Electrónico:	saperezg1707@gmail.com

**Cobertura en Salud**

<input checked="" type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud
<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro

**INFORMACIÓN DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS**

<b>Origen de la Atención</b>	<b>Tipo de Servicio Solicitado</b>	<b>Prioridad de la Atención</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias	<input type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivos	<input checked="" type="checkbox"/> No prioritaria
<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo		
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		
<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico		

**Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización**

<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio: CONSULTA EXTERNA	Cama: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgencias			

**Manejo Integral según Guía de:**

<b>Otra Información de los Servicios Solicitados</b>	Ambulatorio: Si	Hospitalización/Días:	Cuidados Intensivos/Días:	Cuidado Intermedio/Días:	Intensificador: No
	Rayos: X: No	Torniquete: No	Analgesia Post Operatoria: No	Duración de la Cirugía:	Sangre: No Cantidad:

Código	Cantidad	Descripción	Indicador	Lateralidad	Via	Ortesis
890364	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MED	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
		Observación: Fisiatria en Febrero 2021				
938661	1	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFI	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
		Observación: T fisica, ocupacional, fonoaudiologia tres sesiones semana por dos meses.				

**Justificación Clínica:**

Hemiparesia

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	G811	HEMIPLÉJIA ESPÁSTICA
Diagnóstico Relacionado 1		
Diagnóstico Relacionado 2		

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA**

Nombre de quien Solicita:	FORERO DIAZ JOHN JAIRO - 79648166	Teléfono:	
---------------------------	-----------------------------------	-----------	--



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Número de Solicitud: 10667

Fecha: 2021-06-28

Hora: 15:50

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)**

Nombre: PROPACE sede 011

NIT  860013874 - 7

CC  Número

DV

Código:	110010825806	Dirección Prestador:	Carrera 54 # 63-85
Teléfono:	0571 3534000		
Indicativo	Número	Departamento:	BOGOTA
		Municipio:	BOGOTA D.C.
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)			ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
			Código: EPS005

**DATOS DEL PACIENTE**

RESTREPO	PEREZ	MATHIAS	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Registro Civil | <input type="checkbox"/> Pasaporte                 |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad      | <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación |
| <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía      | <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación  |
| <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería     |  |

1234793315

Número Documento Identificación

Fecha de Nacimiento: 2019-08-06

Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 60 # 46 A 64 SUR CIUDAD PORFIA	Teléfono:	3126850965
Departamento:	META	Municipio:	VILLAVICENCIO
Teléfono Celular:	3105594996	Correo Electrónico:	saperezg1707@gmail.com

**Cobertura en Salud**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Régimen Contributivo | <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial            | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada sin SISBEN | <input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud |
| <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total      | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN | <input type="checkbox"/> Desplazado                              | <input type="checkbox"/> Otro                    |

**INFORMACIÓN DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS**

Origen de la Atención	Tipo de Servicio Solicitado	Prioridad de la Atención
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input checked="" type="checkbox"/> No prioritaria
	<input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivos	

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización	Cama
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización
<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Servicio CONSULTA EXTERNA

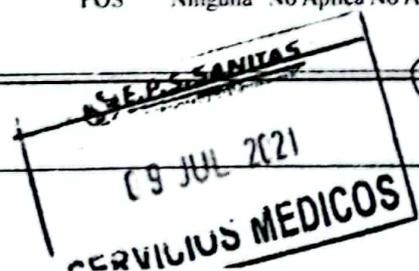
**Manejo Integral según Guía de:**

Otra Información de los Servicios Solicitados	Cuidados Intensivos/Días:	Cuidado Intermedio/Días:	Intensificador: No
Ambulatorio: No	Hospitalización/Días:	Duración de la Cirugía:	Sangre: No Cantidad:
Rayos X: No	Torniquete: No	Analgésico Post Operatorio: No	

Código	Cantidad	Descripción	Indicador	Lateralidad	Vía	Ortesis
890364	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MED # 156217277	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
930401	1	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR # 156215568	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
930401	1	Observación: GMFM 66 Tomar al cumplir 2 años EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR # 156216133	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
930401	1	Observación: FOCIS lenguaje EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR # 156216433	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica

**Justificación Clínica:**

Control con ortesis





IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1234793315	
Paciente: MATHIAS RESTREPO PEREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 06/08/2019	
Edad y género: 1 Año y 10 meses, Masculino	
Identificador único: 559698	Responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

**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.

No se acepta ortesis, se indica

Ortesis tobillo pie en polipropileno hoja posterior rígida con cuello de pie a 90 grados bajo molde de yeso con retropie en neutro No 1 Uno pie izquierdo (cambio por garantía, el retropie no está en neutro el componente tibial está abierto).

Firmado por: PAULA ANDREA SUAREZ CASTRO, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - JUNTA DE SEDESTACION, Registro 25299, CC 52823847

**ÓRDENES MÉDICAS**

Ambulatoria/Externa - Ortesis

28/06/2021 15:47

**ORTESIS CORTA RIGIDA**

Ortesis tobillo pie en polipropileno hoja posterior rígida con cuello de pie a 90 grados bajo molde de yeso con retropie en neutro No 1 Uno pie izquierdo (cambio por garantía, el retropie no está en neutro el componente tibial está abierto)

Estado: ORDENADO

**Nota aclaratoria**

Fecha: 28/06/2021 15:50

PEA normales 16/03/2021

Firmado por: PAULA ANDREA SUAREZ CASTRO, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - JUNTA DE SEDESTACION, Registro 25299, CC 52823847

Fecha y Hora de Solicitud: 28/06/2021 15:47

Consecutivo: OT-1007931

Pag 1/ 1

- COPIA -

Fecha de la Copia: 28/06/2021 15:50



DATOS DEL PACIENTE		
Paciente: RESTREPO PEREZ, MATHIAS, Identificado(a) con RC-1234793315		
Edad y Género: 1 Año y 10 meses, Masculino	Segundo Identificador: STEFANY ALEJANDRA, PEREZ	
Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/BENEFICIARIO CONTRIBUTIVO	Nombre de la Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	
Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA/PROPACE 1PRIMER PISO	Habitación:	Identificador Único: 559698-1

Diagnóstico: G811: HEMIPLEJIA ESPASTICA

Ortesis				
Fecha Inicio	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
28/06/2021 15:47	ORTESIS CORTA RIGIDA		1	Ortesis tobillo pie en polipropileno hoja posterior rigida con cuello de pie a 90 grados bajo molde de yeso con retropie en neutro No 1 Uno pie izquierdo (cambio por garantía, el retropie no esta en neutro el componente tibial esta abierto)

Firmado Por: **PAULA ANDREA SUAREZ CASTRO, MEDICINA FISICA Y REHABILITACI, CC: 52823847, Reg: 25299**  
Firmado Electrónicamente

MEDICO QUE ORDENA

PROPACE sede 011

Dirección: Carrera 54 # 65-85 -Telefono:3534000 BOGOTA - 57 - Web: www.institutoroosevelt.com

Felicia

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Llano Centro - NIT. 800251440  
Calle 15 #38-40 P-2 Local 08 CC Llano Centro. Teléfono: 6614177  
Nombre: MATHIAS RESTREPO PEREZ  
Identificación: RC 1234793315 - Sexo: Masculino - Edad: 20 Meses

## RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

VILLAVICENCIO  
19/04/2021, 12:00:52  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-7503018-1-1  
Historia Clínica: 1234793315  
Tipo de Usuario: Contributivo

### RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Diagnóstico y/o procedimiento quirúrgico: Control de salud de rutina del niño Clasificación Nutricional: Desnutrición aguda leve  
**Recomendaciones generales:** "- La alimentación debe ser fraccionada en tres comidas (desayuno, almuerzo y cena) y dos refrigerios (nueves y onces); sin omitir ninguna. - A esta edad, el niño consume la alimentación de la familia, por lo que se debe tener cuidado con el exceso de sal y azúcar. Si es necesario, la familia es la que debe hacer modificaciones necesarias a sus hábitos alimentarios. - Evite el uso de biberón y de botillitos entre las comidas; las bebidas, incluso los lácteos, deben formar parte del esquema de alimentación diaria; no ser adicionales; ya que pueden generar saciedad e interferir con la adecuada alimentación. - El niño ya está en la capacidad de morder y triturar los alimentos; evite ofrecer preparaciones o alimentos licuados, para favorecer el proceso de masticación. - En niños menores de 3 años, las siguientes frutas se pueden ofrecer si se dan picadas: uvas, ciruelas, uchuvas y cereal seco. - Evite ofrecer con frecuencia alimentos enlatados por su alto contenido de sodio y alimentos que contengan cafeína como te, café, colas y chocolate, para no crear adicción. - Evite el consumo de productos de paquete como papas, chitos, etc. - No ofrecer bebidas dulces, como gaseosas, jugos de caja estos no son alimentos nutritivos. - No se recomienda el consumo de miel en los niños menores de 3 años, puesto que la miel fresca sin pasteurizar puede transmitir botulismo, una enfermedad grave del sistema nervioso. - Evite premiar y/o castigar al niño/a con alimentos; esto daña la percepción que el niño tiene acerca de los mismos y genera conflictos con la alimentación. - Ofrezca los alimentos en el comedor, evitando distractores como la televisión, juegos de video, etc."  
**Actividad física:** Fomente el ejercicio físico 3 veces a la semana mínimo media hora.

#### Hábitos de vida saludable:

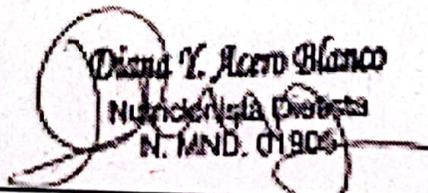
"ALIMENTO: Cereales

#### RECOMENDACIONES:

- Puede incluir al desayuno, cereal bajo en azúcar o pan, arepa o tostada. (1 unidad).
- Arroz ó Pastas: 3 cucharadas soperas, en el seco (2 veces al día).
- Cereales elaborados: 2 galletas (1 a 2 vez/día).

ALIMENTO: Frutas

### DATOS DEL PROFESIONAL

  
Diana Y. Acero Blanco  
Nutricionista Humana  
N. IND. 01905

Diana Yolanda Acero Blanco - Nutricion Humana  
CC 60263311 - Registro Profesional 60263311

Original

- Impreso: 19/04/2021, 12:24:02

Impresión realizada por: diana...

# S SANITAS

S Sanitas Centro Medico Llano Centro - NIT. 800251440  
Calle 15 #38-40 P-2 Local 08 CC Llano Centro. Teléfono: 6614177  
Nombre: MATHIAS RESTREPO PEREZ  
Identificación: RC 1234793315 - Sexo: Masculino - Edad: 20 Meses

## RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

VILLAVICENCIO  
19/04/2021, 12:00:52  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-7503018-1-1  
Historia Clínica: 1234793315  
Tipo de Usuario: Contributivo

### RECOMENDACIONES:

- Puede incluir de todas las frutas: prefíralas en porción (2 a 3 veces al día).
- Limite el consumo de jugo a 1 vaso/día.

### ALIMENTO: Verduras

RECOMENDACIONES: De colores fuertes (verde o amarillas): 2 cucharadas, cocidas o crudas en forma de ensalada, incluidas en el seco (2 veces al día).

### ALIMENTO: Tubérculos

RECOMENDACIONES: Papa blanca 1 unidad ó 5 criollas, 1/4 plátano de hartón ó 1 astilla de yuca o 1 arracacha. Formando parte del seco, (2 veces al día).

### ALIMENTO: Carnes

#### RECOMENDACIONES:

- Res, pollo, pescado, cerdo ó ternera, vísceras: 3 cucharadas.
- Molidas o en textura blanda, forma parte del seco (2 veces al día)

### ALIMENTO: Leguminosas

RECOMENDACIONES: Frijol, lentejas, garbanzos, arveja: 2 Cucharadas soperas (pueden usarse en reemplazo de la carne). Formando parte de un seco, acompañada de arroz, tubérculo y verdura.

### ALIMENTO: Huevo

#### RECOMENDACIONES:

- En la preparación deseada, 1 unidad/día.
- Al desayuno puede ser reemplazado por 1 tajada de queso.

## DATOS DEL PROFESIONAL

*Diana Y. Acero Blanco*  
Nutricionista Dietista  
N. IND. 61805

Diana Yolanda Acero Blanco - Nutricion Humana  
CC 60263311 - Registro Profesional 60263311

Original

- Impreso: 19/04/2021, 12:24:02

Impresión realizada por: dyacero

Página 2 de 3

# S SANITAS

S Sanitas Centro Medico Llano Centro - NIT. 800251440  
Calle 15 #38-40 P-2 Local 08 CC Llano Centro, Teléfono: 6614177  
Nombre: MATHIAS RESTREPO PEREZ  
Identificación: RC 1234793315 - Sexo: Masculino - Edad: 20 Meses

**RECOMENDACIONES NUTRICIONALES**  
VILLAVICENCIO  
19/04/2021, 12:00:52  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-7503018-1-1  
Historia Clínica: 1234793315  
Tipo de Usuario: Contributivo

ALIMENTO: Leche y derivados lácteos  
RECOMENDACIONES:

- Pueden formar parte del desayuno y los refrigerios.
- Continúe suministrando la leche materna y/o fórmula láctea habitual.
- Puede utilizar leche entera y lácteos derivados como yogurt, kumis y queso.
- Ofrezca 2 a 3 veces al día (máximo 6onzas).
- Una toma de leche puede ser reemplazada por una tajada de queso.
- Evite el uso de lácteos descremados ó dietéticos."

## DATOS DEL PROFESIONAL

*Diana Y. Acero Blanco*  
Nutricionista Dietista  
N. MND. 01905

Diana Yolanda Acero Blanco - Nutricion Humana  
CC 60263311 - Registro Profesional 60263311

Original

- Impreso: 19/04/2021, 12:24:02

Impresión realizada por: dyacero

Página 3 de 3

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

DX: BAJO PESO ~~O DESNUTRICION~~ DIETA: HIPERCALORICA, HIPERPROTEICA

	<p>PROTEÍNA + HARINA + BEBIDA CON LECHE + FRUTAS.</p> <p><i>Handwritten notes:</i> 1 huevo, 1 taza de Galletas, 1 taza de leche, 1 taza de Azúcar.</p>
DESAYUNO	
MEDIA MAÑANA	FRUTAS O MALTEADAS O LÁCTEO O COLADAS + HARINA
ALMUERZO	VERDURA + PROTEÍNA + HARINA + FRUTA + SOPA O CREMA
12 PM	<p><i>Handwritten notes:</i> 1/2 Granos, 1/2 Cereales, Agua.</p>
MEDIA TARDE	FRUTA O SORBETE O LÁCTEO, FRUTOS SECOS
COMIDA	PROTEÍNA + HARINA + BEBIDA CON LECHE 1/2

DIETA FRACCIONADA, VOLUMENES PEQUEÑOS, 6-7 COMIDAS AL DIA.  
 EVITAR OFRECER SOPAS, CALDOS, JUGOS O COLADAS DILUIDAS O MUY CLARAS.  
 NO OFRECER BEBIDAS JUNTO CON LAS COMIDAS.  
 ENRIQUECER LOS ALIMENTOS DEL DESAYUNO NUEVES Y ONCES COMO PANES, TOSTADAS, GALLETAS UNTANDOLAS CON MARGARINAS, MERMELADAS, MIEL, MANTEQUILLA DE MANI, AREQUIPE, ETC.

**COLADA DE LENTEJA COCINAR LA LENTEJA CON UN TROZO DE PANELA, LUEGO SE LICUA CON LECHE Y UN TROZO DE FRUTA. (MANZANA, GUAYABA O FRESAS)**

OFRECER FRECUENTEMENTE PREPARACIONES FRITAS (PAPAS, PLATANOS, HUEVOS ETC).  
 OFRECER DIARIAMENTE PRODUCTOS LACTEOS COMO HELADOS DE CREMA, YOGURT, KUMIS, QUESOS, ACOMPAÑADOS CON CEREALES, GALLETAS, PANES, AREPAS.  
 PREPARAR BATIDOS CON LECHE, FRUTA (BANANO, FRESAS, MORA) CREMA DE LECHE, HUEVO O QUESO Y BOCADILLO PARA OFRECER EN MEDIAS NUEVES U ONCES.

**REALIZAR BATIDO DE BANANO CON LECHE 10 GRANOS DE MANI Y AVENA (TOMAR EN LA NOCHE).** ENRIQUECER PREPARACIONES CON VERDURAS CON ACEITE DE OLIVAS, CREMA DE LECHE, MAYONESA O MANTEQUILLA. EVITAR ENSALADAS CRUDAS SIN ADEREZOS.

VIGILAR LAS PRACTICAS HIGIENICO SANITARIAS. LAVADO DE MANOS, BOCA, LAVADO Y DESINFECCION DE UTENSILIOS DE COCINA, DEPOSITOS DE AGUA, HIGIENE DE ALIMENTOS, ETC.

NA ACERO B  
 'CIONISTA.

## ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

la alimentación complementaria se refiere a la inclusión de nuevos alimentos que complementen la leche materna o la alimentación láctea, los alimentos que se deben de incluir en la alimentación deben ser oportunos, suficientes, inocuos y ofrecerse en forma adecuada.

EDAD EN MESES	GRUPO DE ALIMENTOS	ALIMENTOS	PREPARACION	TAMAÑO DE LA PORCION	HORARIO
0 a 6	unicamente leche materna				
6 a 6 ½	frutas	Durazno, pera, manzana, mango y banano	En pure	Una cucharadita postera	En la mañana
		Granadilla, guayaba	jugo	De una a dos onzas	En la tarde
6 ½ a 7	verduras	Zanahoria, auyama, acelga y espinaca	Cocidas licuadas o en papilla utilizar unicamente un alimento de estos en cada preparación	De una a dos onzas	Al almuerzo
7 a 7 ½	Tuberculos, platanos y raices	Papa, yuca, ñame, arracacha	Cocidos en papilla, agregar uno solo de estos alimentos al licuado de verduras	De una a dos onzas	Al almuerzo
	Cereales alabados	Pan, galletas dulces sin relleno	Ofrecer en trozos pequeños	Una cucharada postera con el jugo	En la mañana
8 a 9	huevo	yema	Tibia en consistencia blanda	Media yema	En la mañana
	carne	Carne de res, pollo, viseras: hígado y corazón	Bien cocidas, licuadas incluir las en la verdura y el tuberculo	Una cucharada sopera	Al almuerzo
9	huevo	Yema y clara	Tibia en consistencia blanda	Observar tolerancia, ofrecer unicamente la mitad de la clara	En la mañana
	leguminosa	Frijol, lenteja, garbanzo, alverja verde	Hidratados cocidos en pure sin cascara	Una cucharada sopera	Al almuerzo
10	Ir pasando de una consistencia en puré a una consistencia molida o rallada				
11	Ofrecer yogurt o kumis, a esta edad los niños y niñas deben estar consumiendo la alimentación familiar, cuidando la consistencia y la cantidad				
12	Ofrecer 1 cucharada de pescado bien cocido y sin espinas.				

Esta alimentación no significa que se sustituya la leche materna.

**DIANA ACERO**  
NUTRICIONISTA DIETISTA

CRA 33 # 40-39 CENTRO  
Teléfono 6740890



**Remisiones, Solicitud y Autorización  
de Servicios**

DD	MM	AAAA	N°
02	03	2021	114270

**1. Datos básicos del paciente**

Nombre del Paciente RESTREPO PEREZ MATHIAS		Tipo identificación RC	N° Identificación 1234793315
Nombre del trabajador		Tipo identificación	N° Identificación
Tipo Afiliado COTIZANTE	Clase Afiliado Contributivo	Plan MODELO RIESGO COMPARTIDO	Estrato 1
<b>ORIGEN</b>	13 ENFERMEDAD GENERAL		

**2. Servicio**

**Diligenciar un formato por cada tipo de servicio solicitado**

CONSULTAS

Diagnóstico H520 HIPERMETROPIA	Código H520
-----------------------------------	----------------

**SERVICIOS REQUERIDOS**

Código	Servicio	Reint.	Cantidad
890307	CONSULTA DE CONTROL OPTOMETRIA en NO APLICA		1
	Prioridad VER DISPONIBILIDAD Justificación CONTROL 6 MESES		

Terapeuta	Firma
Nombre del profesional MAHECHA GARZON DARIANA YURIBEL	Registro Medico y/o Tarjeta Profesional 1121960283



Paciente: RESTREPO PEREZ MATHIAS  
Fecha de atención: 02/03/2021 08:57:48 AM

Documento: RC 1234793315  
Fecha salida de atención: 02/03/2021 09:08:48 AM

Finalidad de la consulta: DETECCION DE ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL  
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

**FORMULA DE LENTES OFTÁLMICOS LEJOS**

OJO	RX LEJOS				RX CERCA		
	ESFERA	CILINDRO	EJE	PRISMA	BASE	A. VISUAL	DNP
Derecho	+7.00					FSCM	25
Izquierdo	+8.00					FSCM	25

PROXIMO CONTROL: 1 año Miercoles 2 de Marzo de 2022  
VIGENCIA DE LA FORMULA: 3 meses Lunes 31 de Mayo de 2021  
CLASE DE LENTES: MONOFOCALES  
CLASE DE FILTRO: ULTRAVIOLE  
DISTANCIA PUPILAR: 50/48  
INDICACIONES: SE DA RX SE SUGIERE FUTUREX  
FORMA DE USO: SEGUN INDICACION

**ORDENES DE SERVICIO**

Orden No.: 114270  
Fecha orden: Martes 2 de Marzo de 2021  
Origen: ENFERMEDAD GENERAL  
Tipo de Servicio: CONSULTAS  
Diagnóstico: H520 HIPERMETROPIA  
Especialidad:  
Cant: 1 890307: CONSULTA DE CONTROL OPTOMETRIA  
-Prioridad: VER DISPONIBILIDAD  
-Justificación Pri.: CONTROL 6 MESES

CONDUCTA: SE DA RX  
CONTROL 6 MESES - CONTINUAR TERAPIA CON PARCHI  
OBSERVACIONES: SE APLICA CICLOPENTOLATO CLORHIDRATO AL 1.0%  
OD: +9.50  
OI: +10.50  
SE COMPENSA TONO MUSCULAR Y HIPERMETROPIA FISIOLÓGICA



Profesional: MAHECHA GARZON DARIANA YURIBEL  
CC: 1121960283  
Registro profesional: 1121960283

02/03/2021



# CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM

Entidad sin ánimo de lucro

NIT.892000146-3

Impuesto sobre las ventas IVA - Somos agentes retenedores de IVA régimen simple

Actividad Económica Principal 8430 Retenedor de ICO en Villavicencio Grupo 3

Actividades económicas: 5513 Alojamiento en centros vacacionales, 7010 Actividades de administración empresarial, 8511 Educación de la primera infancia, 8523 Educación media técnica y de formación laboral, 8530 Establecimientos que combinan diferentes niveles de educación, 8553 Enseñanza Cultural, 8559 Otros tipos de educación n.e.p, 9007 Actividades de Espectáculos Musicales en Vivo, 9008 Otras actividades de espectáculo en vivo, 9319 Otras actividades deportivas, 9329 Otras actividades recreativas y de esparcimiento n.e.p. Para efectos de efectuar la retención a título de industria y comercio, consultar la tarifa de retención que corresponda al municipio y al servicio prestado

Avenida Catama # 19 - 55 / Villavicencio - Meta / Conmutador 6818322 Ext. 3845 Cel. 3214010941

<b>Cliente:</b>	SHTEFANY ALEJANDRA PEREZ GARCIA	<b>FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :</b>		<b>EPEV - 87829</b>
<b>Nit/C.C.:</b>	1121901455			
<b>Dirección:</b>	CALLE 60 NUMERO 46A-64 SUR CIUDAD PORFIA	<b>Correo Electrónico:</b>	saperezg1707@gmail.com	<b>Fecha de Facturación:</b> 06/05/2022 02:29
<b>Teléfono</b>	3214161043	<b>Forma de Pago:</b>	CRÉDITO 30 DIAS	<b>Fecha de Vencimiento:</b> 05/06/2022
		<b>Medio De Pago:</b>	Otro	

No	PRODUCTO	CLIENTE	CAT	CANT	VR. UNIT	% IMP	TOTAL
501010021	PENSION PARVULOS JT *SD*	MATHIAS RESTREPO PEREZ	D	1	548.350	0	548.350
					<b>SUBTOTAL</b>		<b>548.350</b>
					<b>SUBSIDIO</b>		<b>- 0</b>
					<b>ANTICIPO</b>		<b>- 0.00</b>
					<b>IVA GENERADO</b>		<b>0.00</b>
					<b>IMPUESTO AL CONSUMO</b>		<b>0.00</b>
					<b>TOTAL A PAGAR</b>		<b>548.350</b>

**DESCRIPCIÓN:** Factura Año: 2022Mes: 5 Cliente: 1121901455

**SON:** QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

**NOTA:** \*SD\* servicio subsidiado a categorías A y B. Abstenerse de efectuar retención en la fuente, no somos responsables de impuestos sobre la renta Art.19-2 E.T. Ley 468/98. Los datos personales obtenidos de la prestación de servicios y facturación de estos, serán tratados según ley 1581/2012, el decreto 1377/2013 y política tratamiento datos de Cofrem. Como titular de información, actuando voluntariamente, autorizo libre, expresa e irrevocablemente a Cofrem o a quien represente sus derechos a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar la información de mi comportamiento crediticio, financiero, comercial a centrales de riesgo u otra entidad que maneje, administre bases de datos a recibir información de servicios y realizar estudios directos y sus aliados.

**AUTORIZACIÓN PARA FACTURACIÓN ELECTRONICA DEL EPEV85369 al EPEV100000 Resolución DIAN 18764028428161 de Mayo 02 de 2022 Vigencia de 12 meses.** Este servicio podrá ser cancelado presentando esta factura en las oficinas del banco Bogotá cuenta de ahorro No. 636-50003-5. Corresponsal bancario banco Bogota convenio 11032, boton de pagos AVAL PAY CENTER desde [www.educacioncofrem.edu.co](http://www.educacioncofrem.edu.co) o cajeros automaticos ATH. Favor enviar los soportes de pago al correo [auxfinancieroconvco@colegio.cofrem.com.co](mailto:auxfinancieroconvco@colegio.cofrem.com.co) informado el numero de factura. EPEV - 87829

**Vendedor:**  
Elaboró: SCOLVA02 ANGELICA ROCIO DIAZ ARCINIEGAS



Factura SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CUFE: fb362a7b5e3fb54e9ffa9da4dd19fbcfc263af0d6ee1e0803d40aceff22e0a45e3505cd53b7923919c52d8407795f7dc

<b>RECIBIDO</b>
<b>NOMBRE:</b> _____
<b>CC:</b> _____
<b>Teléfono:</b> _____
<b>Fecha Recibido:</b> _____

<b>REFERENCIAS DE PAGO</b>
REF. 1: NIT 1121901455
REF. 2: Factura de venta EPEV - 87829 <input type="text"/>
VALOR MINIMO A PAGAR: 548.350 <input type="text"/>

<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA TIMBRE DEL BANCO</b>

Villavicencio 13 de junio de 2.022

Señores  
NOTARIA III DE VILLAVICENCIO  
Ciudad

**REFERENCIA: COPIA EXPEDIENTE 2513 DEL 2020 Y OFICIO 536 PAZ Y SALVO DE LA DIAN SUCESIÓN DEL SEÑOR RIGOBERTO RESTREPO SEPÚLVEDA**

Respetado Dr.

Cordial saludo,

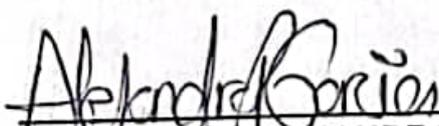
**SHTEFANNY ALEJANDRA PÉREZ GARCÍA**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.121.901.455 de Villavicencio Meta, obrando como representante legal y madre del menor **MATHIAS RESTREPO PÉREZ**, identificado con registro civil N°1234793315, hijo único del causante **RIGOBERTO RESTREPO SEPULVEDA** quien en vida se identificó con cedula de ciudadanía N° 1.121.892.957 Expedida en Villavicencio Meta, quien falleció por un accidente de tránsito el 29 de diciembre de 2.019, por medio de la presente, me permito solicitar de manera respetuosa **COPIA EXPEDIENTE 2513 DEL 2020 Y OFICIO 536 PAZ Y SALVO DE LA DIAN SUCESIÓN DEL SEÑOR RIGOBERTO RESTREPO SEPÚLVEDA**.

**Anexo**

- Certificado de defunción de Rigoberto Restrepo Sepúlveda
- Registro civil de Mathias Restrepo
- Fotocopia de la cedula de Shtefany Alejandra Pérez García

Agradezco la atención prestada,

Cordialmente,



**SHTEFANNY ALEJANDRA PÉREZ GARCÍA**  
C.C. N° 1.121.901.455 Expedida en Villavicencio (Meta)  
E- Mail [saperezg1707@gmail.com](mailto:saperezg1707@gmail.com)  
Cel: 3104916855

NOTARIA III  
VILLAVICENCIO  
RADICACIÓN III  
No. 1527  
Fecha: 13 JUN.  
Hora: 13:45  
No. Folios: 4  
Firma: [Firma]