

 BIENESTAR FAMILIAR	1000 Días para cambiar el mundo	 nu3 alimenta cuerpo y alma	
	MODALIDAD RECUPERACIÓN NUTRICIONAL		
	ACTA COMPROMISOS		

MUNICIPIO: <u>Innrida</u>		UNIDAD DE SERVICIO: <u>Innrida</u>	
FECHA: <u>24/02/2021</u>	HORA INICIO: <u>11:00 am</u>	HORA: <u>12:42 am.</u>	
ACTA No.	LUGAR: <u>oficina NU3</u>		
TEMA U OBJETIVO DE LA REUNION:	<u>Remisión a salud (Hospital M.E.P.)</u>		
RESPONSABLE:		CARGO:	

NOMBRE DEL CUIDADOR:	IDENTIDAD:
<u>Eucary Yaneth Campo Jaro</u>	<u>28348123 C.E.</u>
BENEFICIARIO:	IDENTIDAD:
<u>SOFIA VALENTINA VELAZQUEZ CAMPO</u>	<u>121724916</u>
EPS:	Fecha Nacimiento
<u>Coosalud</u>	<u>22 Enero 2021</u>
DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD:	
<u>Niña de 1,2 meses de nacida con P=2,5 Kg y Talla 49 cm con P/T=-2.81</u> <u>con diagnostico de Desnutrición Moderada; T/E=-2.55 DS con Dx=Retraso talla</u> <u>con evidentes signos de desnutrición; su madre refiere que debe</u> <u>trabajar para aportar a la casa dejando la niña al cuidado de la abuela</u> <u>paterna</u>	
ME COMPROMETO A GESTIONAR:	
<u>Asistir al hospital con la niña para que la atiendan.</u>	
NOMBRE CAPITAN Y/O LIDER DE LA COMUNIDAD	IDENTIDAD
FIRMA MIEMBRO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	
<u>Juan Nino Chavez</u>	<u>cc. 1018447507</u>
FIRMA DEL CUIDADOR:	
<u>Eucary Campo</u>	

Elaboro: Martha C.