ACTA N°

FECHA: Bogotá, 10 DE MARZO DE 2025
HORA: 9:00

LUGAR: JARDIN COFINANCIADO VOZ DE ALERTA

TEMA: ALMACENAMIENTO, PREPARACIÓN Y HORARIOS SUMINISTRO PLUMPY NUT TAHIDER ENOC IGUARAN GARCIA Y EMILY ANTONELLA BAÑEZ

ASISTENTES: Coordinadora, Servicios de alimentos, y profesionales en atención a la primera infancia nutricionista

ORDEN DEL DÍA: Presentación

Indicaciones almacenamiento, preparación, horarios suministro

DESARROLLO:

Luego de autorizar el suministro del suplemento suministrado por la EAPB Plumpy nut para el niño Tahider Enoc Iguarán García, y Emily Antonella Bañez Pérez se dejan las siguientes indicaciones para el jardín:

Se debe almacenar en área de almacenamiento seco, verificando antes fecha de vencimiento y lote para rotular.

Se debe dejar registro en los formatos control de alimentos, recepción, entradas y salidas

Preparación: Suministrar directamente del envase, no diluir ni mezclar con líquido.

Horario: Después de recibir refrigerio reforzado y onces (media mañana y media tarde)

Un sobre al día en el jardín para cada participante, las demás se dan en casa.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Continuar acompañamiento en el jardín para seguimiento nutricional	Nutricionista	Mensual
Almacenar y suministrar suplemento de acuerdo a indicaciones	Personal Jardín infantil Voz de Alerta	Diario (Durante la prestación del servicio

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
FANNY CIFUENTES	NUTRICIONISTA	INFANCIA SLIS	
Xiomara Pinzón	Responsable J	JIC Voz de Alerta	
Raquel Ríos M	Servicio Alimentos	JIC Voz de Alerta	
Wendy Pizarro	Servicio Alimentos	JIC Voz Alerta	
Mónica Rodríguez	Profesional atención a la primera infancia.	J.I.C. Voz Alerta	
Consuelo Ospina	Profesional de atención a la Primera infancia	JIC Voz de Alerta	

Anexos:

Elaboró: FANNY CIFUENTES ND SDIS

FORMULA MEDICA

Fecha y Hora: 27 Feb 2025 13:30

INFORMACION DEL PACIENTE

Tipo Documento: Registro Civil
Documento: 1119418182
Nombre: TAHIDER ENOC IGUARAN SUAREZ
Fecha de Nacimiento: 25 Nov 2022
Dirección: DANUBIO AZUL CL 54BIS 54 17
Teléfono: 0
Departamento: (11) BOGOTA
Municipio: (001) Bogota
Teléfono Celular: 3243795924
Email: JAIDERIGUARAN9@GMAIL.COM

INFORMACION DE LA REMISION

Tipo: PREAUTORIZACION
Régimen: Contributivo - POS - Evento
Motivo:
Fecha Vencimiento: 29 Mar 2025
Diagnóstico: E44.0
Nap Anterior: 01001-2510804057
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
Origen del servicio: Enfermedad general

DETALLE DE SERVICIOS/MEDICAMENTOS/DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
P100282600	164	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - ALIMENTO TERAPEUTICO ESPECIAL PARA REHABILITACION NUTRICIONAL DE DESNUTRICION AGUDA SEVERA PASTA /92 G (PLUMPY NUT) 227 SOBRES PARA 60 DÍAS. DOSIS PROMEDIO 348G/DÍA. DAR 3 SOBRES AL DIA POR 7 DÍAS Y LUEGO 4 SOBRES AL DÍA HASTA COMPLETAR 2 MESES DE TRATAMIENTO -

INFORMACION DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Zulma Alejandra Maya Molina
Especialidad: PEDIATRIA
Cedula: 1018458299
Registro Medico: 1018458299

OBSERVACIONES

ESTE SERVICIO DEBE SER APROBADO POR EL COMITE DE LA SUCURSAL

ESTE DOCUMENTO ES UNA COPIA DEL ORIGINAL

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

Fecha de Registro: 13/02/2025 1:46:13 p
Fecha Actual : jueves, 13 febrero 2025
Consecutivo 35815244

NIT: 900958564

USS: ME - HOSPITAL MEISSEN
Dirección USS: KR 18 B No. 60 G - 36 SUR
Telefono USS: 7693131

PLAN DE MANEJO EXTERNO
FÓRMULA MÉDICA

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Nº Historia Clínica: 1145230785
Nº Folio: 52 **Folio Asociado:** 50
Nº Gestor Formula Medica: LC1145230785_52

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: EMILY ANTONELLA BAÑEZ PEREZ
Fecha Nacimiento: 21/11/2022 **Edad Actual:** 2 Años / 2 Meses / 23 Días
Dirección: CARRERA 3 B 54 I 52 SUR
Procedencia: BOGOTA

Identificación: 1145230785 **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3144037405
Ocupación: Otras Ocupaciones

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S
Plan Beneficios: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DEL INGRESO

Responsable: W W W W
Dirección Resp: W

Teléfono Resp: W
Nº Ingreso: 1585035 **Fecha:** 12/02/2025 21:6

Finalidad Consulta: Diagnostico
Sede Asistencial: HOSPITAL MEISSEN
Servicio: CONS PEDIATRIA - MEISSEN
Suministros Paciente:

Causa Externa: Enfermedad_general
Ingreso Por: Consulta_Externa

Diagnostico Principal: E440 DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
Diagnostico Relacionados: E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: M01237 Formula terapeutica lista para consumir a base de mani y lipidos con vitaminas yminerales para rehabilitacion nutricional Sobre por 92 g. (PLUMPY NUT) **Cantidad:** 90 NOVENTA

Concentracion: 92 gr **Unidad:** SOBRE **Via Administración:** Oral **Duración:** 30 Días
Dosis: 1 **Unidad Dosis:** SOBRE **Frecuencia:** 8 Hora

Observaciones: DAR 2 SOBRES Y MEDIO AL DIA POR 1 MES

Total Items: 1

NO REQUIERE MIPRES

Profesional 1096194850 - DELGADO BARRAZA ANDRES MAURICIO
Registro Profesional 1096194850
Especialidad PEDIATRIA

Andres Mauricio Delgado B.
C.C. 1096194850 3/ejo
Médico Pediatra

FIRMA Y SELLO

LICENCIADO A: (SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.) NIT (900958564-7)

FORMATO PARA ENTREGA DE PENDIENTES
AUDIFARMA S.A. - ORIGINAL
FECHA: 17/02/2025 10:28
CAF QUE GENERA: SAN CRISTOBAL
CAF QUE ENTREGA: SAN CRISTOBAL
NUMERO FORMULA: 4004
CLIENTE: CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALU D DEL REGIMEN SUBSIDIADO (BOGOTA)
ENTIDAD: CAPITAL SALUD
TIPO: EVENTO
SUBCUENTA: INSUMOS EVENTO SUBSIDIADO
NOM.USUARIO: ANTONELLA BAÑEZ
ID.USUARIO: 1145230785
DIRECCION: CARRERA 04 #56-65 446
TELEFONO: 3144037405 3103071009

CODIGO: 53219905084
MEDICAMENTO: PLUMPY NUT ALIMENTO TERAPEUTICO ESP ECIAL PARA REHABILITACION NUTRICIONAL D DESNUTRI CION AGUDA SEVERA PASTA 92 G SANUTEAM SAS
CANTIDAD: 42
LOTE: 0

HE RECIBIDO INFORMACION DEL PROCESO DE ENTREGA DEL MEDICAMENTO PENDIENTE EN EL DOMICILIO CUMPLIENDO CON EL DECRETO 019 DE 2012 Y RESOLUCION 1604 DE2013. BA JO MI RESPONSABILIDAD DECLARO QUE NO ACEPTO LA ENTREGA DEL MEDICAMENTOEN MI DO MICILIO.

IBIDO POR: _____
NTIFICACION: _____
FECHA RECIBIDO: _____
FIRMA RECIBIDO: _____

Visita www.audifarma.com.co/usuarios para conoc er el estado de tu medicamento pendiente

---

FORMATO PARA ENTREGA DE PENDIENTES
AUDIFARMA S.A. - COPIA - 1
FECHA: 17/02/2025 10:28
CAF QUE GENERA: SAN CRISTOBAL
CAF QUE ENTREGA: SAN CRISTOBAL
NUMERO FORMULA: 4004
LIENTE: CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALU D DEL REGIMEN SUBSIDIADO (BOGOTA)
ENTIDAD: CAPITAL SALUD
TIPO: EVENTO
BCUENTA: INSUMOS EVENTO SUBSIDIADO
NOM.USUARIO: ANTONELLA BAÑEZ
ID.USUARIO: 1145230785
CARRERA 04 #56-65 446
3103071009