FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA
NIT 900950286

OFICIO
EL PEÑÓN, BOLIVAR 19 DE MARZO 2025

PERSONERIA MUNICIPAL
GARANTIZANDO TUS DERECHOS
NIT. 806007054-3
RECIBIDO
FECHA 21-03-2025
EL PEÑÓN BOLÍVAR

SEÑOR
HAROLD KETTYL
PERSONERO
EL PEÑÓN, BOLIVAR
E. S. D

ASUNTO: Caso de DNT beneficiaria de Unidad Comunitaria de Atención- UCA Mis Pupilos

Reciba un cordial saludo de bien y amor, de manera amable se dirige a usted la Fundación Emprende Futuro, quien a partir del 17 de febrero del presente año ejecuta el programa de servicio Educación Inicial Campesina EIC de ICBF, con el contrato de aportes 13003632025, que contribuye a promover y potenciar el desarrollo integral de niños y niñas.

Por medio del presente solicito apoyo a usted en calidad de personero municipal referente al caso de la niña Jazmín Jhoana Torrecilla Escobar identificada con el número de registro civil 1050400834, de 2 años de edad, la niña cuenta con el dx nutricional de Desnutrición Aguda Severa debido a su patología de base como lo son: retraso del desarrollo, trastorno del desarrollo cognitivo, microcefalia, epilepsia, trastorno de deglución.

Colocamos en conocimiento de su despacho situación actual de la niña con respecto a la entrega de pañales y suplementos como el Febrini, para el año 2024 en los meses de noviembre y diciembre a la niña **NO** le fue entregado los elementos anteriormente descritos debido a que **NO** los había en farmacia, pesé a insistencias y formato de entrega pendiente que ya vencieron, manifestado verbalmente por el equipo de **AUDIFARMA.**

Actualmente la niña cuenta con valoración por nutricionista quien le receto el cambio de suplemento por Pediasure y que hasta la fecha la farmacia no le ha entregado, teniendo en cuenta que le manifestaron que debía acercarse a los 5 días y luego de cumplirse estos días le manifestaron que debían esperar más días.

La niña tiene cuatro meses en los que su EPS no le está suministrando pañales ni el suplemento, teniendo en cuenta el diagnostico nutricional de la niña y sus patologías de base, es fundamental el suministro de los suplementos que le aportan nutrientes a su organismo y que acompañado de su alimentación logra mejoría en su desarrollo.

Tel 313 6722047 - 317 4804099 | fundaemprendefut@gmail.com | Alpes, sector El Triunfo, transversal 70C No 31 A 230

Scanned with CamScanner

FUNDACION
EMPRENDE FUTURO

FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA
NIT 900950286

Como ente garante de los derechos de la comunidad, manifestamos a usted está falencia o dificultad que está teniendo la niña y la entrega de estos elementos por parte de su EPS MUTUAL SER, con el objetivo que desde su despacho sea brindada la ayuda y el apoyo que esta niña necesita.

Agradeciendo la atención prestada,

Representante legal

En este oficio adjuntamos los pendientes de pañales y suplementos que no fueron entregados para la vigencia 2024.

Y adjuntamos el MIPRE actual que aún no ha sido entregado.

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2846352

P 1.050.400.834

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

TORRECILLA ESCOBAR JAZMIN JOHANA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)	Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
3 de MAYO de 2005	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA MAGDALENA EL BANCO

Fecha de Inscripción (Mes en letras)	Indicativo serial
31 de MAYO de 2005	30599004922

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ESCOBAR PEREZ DEYSY JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.002.353.506	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

TORRECILLA MORENO JOSE DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.193.552.243	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

TORRECILLA MORENO JOSE DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.193.552.243

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA BOLIVAR EL PEÑON	1 3 0

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)	Nombre y firma del funcionario
Año 2022 Mes MAY Día 11	MANUEL SEGUNDO LARIOS CUEVEDO R. Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURIA 29874808-3

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

AUDIFARMA S.A.
Formato para entrega de pendientes

Generado: 10/01/25 11:08
1

CAF que Genera: SAF EL PENON - EL PENON
CAF que Entrega: SAF EL PENON - EL PENON

Dirección: CALLE BOLIVAR CALLE 4 NUMERO 4 - 44
Dirección: CALLE BOLIVAR CALLE 4 NUMERO 4 - 44

Cliente: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE
Entidad: MUTUAL SER
Nro. Fórmula: 418

Contrato: EVENTO
Subcuenta: NO POS

Nombre JAZMIN JOHANA TORRECILLA ESCOBAR
Dirección: CALLE_1_N_5_5_EL_PENON_centro

Identificación: 1050400834
Teléfono: 3134466390

Código	Lote	Descripción	Laboratorio	Cantidad Pendiente
11496630!	0	FREBINI ENERGY FIBRE DRINK ALIMENTO CON FIBRA/TAURINA/CARNITINA/INOSITOL SABOR VAINILLA LIQUIDO /200 ML	FRESENIUS KABI COLO	90

Recibido Por:	Identificación:	Fecha Recibido		
		Día:	Mes:	Año:
Firma Recibido	Este formato tiene vigencia de 5 días después de su expedición. Excepto por problemas de la industria farmaceútica, lo cual aumenta su vigencia. Si al momento de la entrega del pendiente en el domicilio del paciente no se encuentra ó presenta este original debera acercarse a la farmacia dentro de la vigencia establecida.			

OBSERVACIONES DE ENTREGA
Domicilio

- ☐ Dirección no
- ☐ No cumple requesito fórmula
- ☐ No responden en el
- ☐ Usuario no acepta el
- ☐ Cambio de
- ☐ Otro

No fue entregado

Scanned with CamScanner

AUDIFARMA S.A.
Formato para entrega de pendientes

Generado: 18/11/24 15:48
1

CAF que Genera: SAF EL PENON - EL PENON
CAF que Entrega: SAF EL PENON - EL PENON

Dirección: CALLE BOLIVAR CALLE 4 NUMERO 4 - 44
Dirección: CALLE BOLIVAR CALLE 4 NUMERO 4 - 44

Cliente: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE
Entidad: MUTUAL SER
Nro. Fórmula: 26.703

Contrato: EVENTO
Subcuenta: NO POS

Nombre JAZMIN JOHANA TORRECILLA ESCOBAR
Dirección: CALLE_1_N5-5_EL_PENON_centro

Identificación: 1050400834
Teléfono: 3134466390

Código	Lote	Descripción	Laboratorio	Cantidad Pendiente
11498824[illegible]	0	FRESUBIN DRINK ALIMENTO RICO EN PR[illegible]INA/ALTA ENERGIA/NUTRIENTES SABOR VAINILLA (2 KCAL) LIQUIDO /200 ML	FRESENIUS KABI COLO	29

Recibido Por:	Identificación:	Fecha Recibido		
		Día:	Mes:	Año:
Firma Recibido	Este f[illegible]ato tiene vigencia de 5 días después de su expedición. Excepto por problemas de la industria farmaceútica, lo cual aumenta su vigencia. Si al momento de la entrega del pendiente en el domicilio del paciente no se encuentra ó presenta este original debera acercarse a la farmacia dentro de la vigencia establecida.			

OBSERVACIONES DE ENTREGA
Domicilio

- ☐ Dirección no
- ☐ No cumple requesito fórmula
- ☐ No responden en el
- ☐ Usuario no acepta el
- ☐ Cambio de
- ☐ Otro

No fue entregado

Scanned with CamScanner

PLAN DE MANEJO

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2024-10-15 08:41:59
Nro. Prescripción
20241015120039443150

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
MAGDALENA	EL BANCO	472450060501

Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:
819003963	PREVENCION Y SALUD IPS LIMITADA
Dirección: CALLE 7 NO 17-05	**Teléfono:** 4292805

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
RC1050400834	TORRECILLA	ESCOBAR	JAZMIN	JOHANA

Número Historia Clínica:	Diagnóstico Principal:	Usuario Régimen:	Ambito atención:
1050400834	R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	CONTRIBUTIVO	AMBULATORIO - NO PRIORIZADO

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Tipo prestación	Servicio Complementario	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Periodo)	Cantidad Total
SUCESIVA	PAÑALES	CAMBIO DE PAÑAL 4 VECES AL DIA	1	6 HORA(S)	3 MES(ES)	360

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:	Nombre:
CC85459023	YOVANIS DE JESUS BELTRAN LOPEZ
Registro Profesional: 9736	Yovanis Beltran Lopez
Especialidad:	Firma
	CodVer: 31D0-E01F-F761-F33E-D44B-AFFA-94AE-733B

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024, Art. 12, Numeral 12.5

20 noviembre.

No fue entregado

Scanned with CamScanner

AUDIFARMA S.A.
Formato para entrega de pendientes

Generado: 10/12/24 8:36
1

CAF que Genera: SAF EL PENON - EL PENON
CAF que Entrega: SAF EL PENON - EL PENON

Dirección: CALLE BOLIVAR CALLE 4 NUMERO 4 - 44
Dirección: CALLE BOLIVAR CALLE 4 NUMERO 4 - 44

Cliente: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE
Entidad: MUTUAL SER
Nro. Fórmula: 28.488

Contrato: EVENTO
Subcuenta: NO POS

Nombre JAZMIN JOHANA TORRECILLA ESCOBAR
Dirección: CALLE_1_N_5_5_EL_PENON_centro

Identificación: 1050400834
Teléfono: 3134466390

Código	Lote	Descripción	Laboratorio	Cantidad Pendiente
63691840	0	PAÑAL DESECHABLE ETAPA 4 TALLA XG NINO UNI	COLOMBIANA KIMBERL	120

Recibido Por:	Identificación:	Fecha Recibido		
		Día:	Mes:	Año:
Firma Recibido	Este formato tiene vigencia de 5 días después de su expedición. Excepto por problemas de la industria farmaceútica, lo cual aumenta su vigencia. Si al momento de la entrega del pendiente en el domicilio del paciente no se encuentra ó presenta este original debera acercarse a la farmacia dentro de la vigencia establecida.			

OBSERVACIONES DE ENTREGA
Domicilio

- ☐ Dirección no
- ☐ No cumple requesito fórmula
- ☐ No responden en el
- ☐ Usuario no acepta el
- ☐ Cambio de
- ☐ Otro

No fue entregado

Scanned with CamScanner

AUDIFARMA S.A.

Formato para entrega de pendientes

Generado: 10/01/25 11:05

1

CAF que Genera: SAF EL PENON - EL PENON
CAF que Entrega: SAF EL PENON - EL PENON

Dirección: CALLE BOLIVAR CALLE 4 NUMERO 4 - 44
Dirección: CALLE BOLIVAR CALLE 4 NUMERO 4 - 44

Cliente: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE
Entidad: MUTUAL SER
Nro. Fórmula: 417

Contrato: EVENTO
Subcuenta: NO POS

Nombre JAZMIN JOHANA TORRECILLA ESCOBAR
Dirección: CALLE_1_N_5_5_EL_PENON_centro

Identificación: 1050400834
Teléfono: 3134466390

Código	Lote	Descripción	Laboratorio	Cantidad Pendiente
63691840	0	PAÑAL DESECHABLE ETAPA 4 TALLA XG NINO UNI	COLOMBIANA KIMBERL	120

Recibido Por:	Identificación:	Fecha Recibido		
		Día:	Mes:	Año:.
Firma Recibido	Este formato tiene vigencia de 5 días después de su expedición. Excepto por problemas de la industria farmaceútica, lo cual aumenta su vigencia. Si al momento de la entrega del pendiente en el domicilio del paciente no se encuentra ó presenta este original debera acercarse a la farmacia dentro de la vigencia establecida.			

OBSERVACIONES DE ENTREGA

Domicilio

- ☐ Dirección no
- ☐ No cumple requesito fórmula
- ☐ No responden en el
- ☐ Usuario no acepta el
- ☐ Cambio de
- ☐ Otro

No fue entregado

Scanned with CamScanner

Datos de Usuario

Consulta No. 292980 | Fecha: 26/02/2025

Identificación: RC - 1050400834	Dirección: VILLA RAFAEL	Edad: 2	
Nombre Paciente: TORRECILLA ESCOBAR JAZMIN JOHANA	Régimen: SUBSIDIADO	Sexo: F	Tipo de Consulta: NUTRICION
Fecha Nacimiento: 26/04/2022	Entidad: MUTUAL SER ESS		Historia: 10130158

DATOS DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Motivo de Consulta:
CONTROL POR NUTRICION

Evolución Enfermedad Actual:
PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS DE VIDA QUIEN ASISTE A CONTROL POR NUTRICION CON ANT DE PARALISIS CEREBRAL CUADRIPLEJICA, MICROCEFALIA, POR LO CUAL ES ATENDIDA. MADRE REFIERE QUE LA MENOR COME SUS ALIEMBNTOS EN CONSISTENCIAS NORMAL, NIEGA TOS AL MOMENTO DE ALIMENTACION. MENOR CON LEVE CONTROL CEFALICO

Resultados Paraclinicos:
NO TRAE

Antecedentes Personales

Personales:
NIEGA

Patologicos:
PCI

Quirurgicos:
RECONSTRUCCIÓN DE CRANEO MADRE NO TRAE HC

Alergicos:
NIEGA

Farmacologicos:
PEDIAVIT

Tranfusiones:
NIEGA

Venereos:
NIEGA

Psicosocial:
NIEGA

Padre:
NIEGA

Madre:
NIEGA

Datos Antropométricos

F. Cardiaca:	Peso:	Temperatura:	Talla:	T. Arterial:	F. Respiratoria:	IMC:
22	9.7	36.5	88	//	84	12.53

Historia Alimentaria

Desayuno:
HUEVO CON PLATANO AMARILLO

Almuerzo:
LENTEJAS CON ARROZ A VECES CARNE

Cena
PURE DE PAPA CON QUESO O HUEVO

Otros:
LENTEJAS CON ARROZ A VECES CARNE

Merienda:
BIENESTARINA

Media Tarde:
BIENESTARINA

Ref. Nocturno

Datos de Diagnóstico

E46X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA
Q02X - MICROCEFALIA

Otros Diagnósticos

Diagnóstico Nutricional:
DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
MICROCEFALIA

Scanned with CamScanner

Prevención&SALUD
Integral para la Familia
Con calidez humana

PREVENCION Y SALUD INTEGRAL PARA LA FAMILIA IPS S.A.S.
Nit. 819003863-4
Código Prestador (472450060501)
Dirección Calle 7 17 - 05, Tels. (5) 4292805 - 4295880
El Banco - Magdalena

Datos de Usuario

Consulta No. 292980

Fecha: 26/02/2025

Identificación: RC - 1050400834	Dirección: VILLA RAFAEL	Edad: 2	
Nombre Paciente: TORRECILLA ESCOBAR JAZMIN JOHANA	Régimen: SUBSIDIADO	Sexo: F	Tipo de Consulta: NUTRICION
Fecha Nacimiento 26/04/2022	Entidad: MUTUAL SER ESS		Historia: 10130158

DATOS DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Conducta / Plan de Tratamiento:

PLAN
1. INICIAR COMPLEMENTO NUTRICIONAL COMPLETO Y BALANCEADO PARA NIÑOS DE 1 A 10 AÑOS QUE CONTIENE LOS 5 GRUPOS DE NUTRIENTES CLAVES COMO CARBOHIDRATOS, PROTEINAS, GRASAS SALUDABLES, VITAMINAS Y MINERALES. CIENTÍFICAMENTE DISEÑADO PARA APOYAR LA RECUPERACIÓN DE LOS PATRONES DE CRECIMIENTO EN NIÑOS EN RIESGO NUTRICIONAL O CON DESNUTRICIÓN. .
-PEDIASURE LIQUIDO X 220ML
-DAR 220 ML CADA 12 HR
-TRATAMIENTO POR 3 MESES

Solicitud de Control:
CONTROL NUTRICION 2 MESES

Karelin Rangel Portillo
NUTRICIONISTA DIETISTA
MSTR. EN NUTRICIÓN CLÍNICA
U. DE GRANADA, ESPAÑA

KARELIN RANGEL PORTILLO
NUTRICIÓN - 1085094545

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Salud

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-03-10 07:20:20
Nro. Prescripción
20250310186000433176

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: MAGDALENA	Municipio: EL BANCO	Código Habilitación: 4724500060501
Documento de Identificación: 819003863	Nombre Prestador de Servicios de Salud: PREVENCION Y SALUD IPS LIMITADA	
Dirección: CALLE 7 NO. 17-05	Teléfono: 4292805	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: RC1050400834	Primer Apellido: TORRECILLA	Segundo Apellido: ESCOBAR	Primer Nombre: JAZMIN	Segundo Nombre: JOHANA
Número Historia Clínica: 1050400834	Diagnóstico Principal: E46X DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo producto	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía o Forma de Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
FÓRMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES, NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)	PEDIASURE LIQUIDO LIQUIDO - 220 ML / BOTELLA	220 MILILITRO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	DAR 220 ML CADA 12 HR. SON 60 BOTELLAS MENSUALES TRATAMIENTO POR 3 MESES	180 / CIENTO OCHENTA / BOTELLA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1085094545	Nombre: KARELIN DAYANA RANGEL PORTILLO
Registro Profesional: 1085094545	
Especialidad:	Firma
	CodVer: 2AD0-DBB7-6FB6-A8C6-67D6-2662-DEC1-95B7

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024. Art. 12. Numeral 12.6

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Salud

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-03-10 07:20:20
Nro. Prescripción
20250310186000433178

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
MAGDALENA	EL BANCO	4724500060501
Documento de Identificación: 819003863	Nombre Prestador de Servicios de Salud: PREVENCION Y SALUD IPS LIMITADA	
Dirección: CALLE 7 NO. 17-05	Teléfono: 4292805	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
RC1050400834	TORRECILLA	ESCOBAR	JAZMIN	JOHANA
Número Historia Clínica: 1050400834	Diagnóstico Principal: E469 DESNUTRICIÓN PROTEICOCALÓRICA, NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo producto	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía o Forma de Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
FÓRMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES, NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)	PEDIASURE LÍQUIDO LÍQUIDO 220 ML / BOTELLA	220 MILILITRO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	DAR 220 ML CADA 12 HR, SON 60 BOTELLAS MENSUALES. TRATAMIENTO POR 3 MESES	180 / CIENTO OCHENTA / BOTELLA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1085094545	Nombre: KARELIN DAYANA RANGEL PORTILLO
Registro Profesional: 1085094545	Firma
Especialidad:	CodVer: 2AD0-DB87-6FB6-A6C6-67D6-2662-D6C1-95B7

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024, Art. 12, Numeral 12.8

MIPRES NO UPC - fecha de impresión: 2025-03-13 11:20:32

Página 1

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner