

17/2/2016

CORRESPONDENCIA ENVIADA 2016.docx - Documentos de Google

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: 7463-2016

Fecha: 17/02/2016 16:50:41

Recibido por: NORA LUCIA LOPEZ ISAZA

Destino: Secretaría de Educación

Anejos:



INSTITUCIÓN EDUCATIVA MUNDO NUEVO
AUTORIZADA SEGÚN RESOLUCIÓN DE ACTUALIZACIÓN N° 3773 DEL 03 DE SEPTIEMBRE
DE 2015, DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL. NIT. 816.001.296-8
TEL. 3128063 VEREDA MUNDO NUEVO - PEREIRA

Pereira, febrero 15 de 2016

Doctor
DANIEL LEONARDO PERDOMO GAMBOA
Secretario de Educación Municipal
L.C.

ASUNTO: REPORTE POSIBLE CONSUMO SPA EN LA INSTITUCIÓN

Cordial saludo:

Por este medio, le quiero dar a conocer la situación presentada el día martes 16 de febrero cuando se encontró un elemento que se utiliza para triturar sustancias SPA (marihuana) al estudiante de grado séptimo Juan Pablo Gutiérrez Cardona.

La institución ha seguido el conducto pertinente conforme a lo establecido en el manual de convivencia bajo las orientaciones recibidas en las distintas capacitaciones del programa pecos en el año escolar 2015.

Manifiesto nuevamente mi preocupación por no contar con personal especializado para atender no sólo éste tipo de situaciones, sino otras necesidades educativas especiales en los estudiantes y ya manifestadas en oficios anteriores.

Por instrucciones de la administración pasada, éste tipo de situaciones se deben reportar de manera inmediata.

Agradezco de antemano su diligencia y atención al respecto.

Atentamente,

OLGA LUCÍA ARIAS PÉREZ
Rectora
cc. Dirección de Núcleo No 7



INSTITUCIÓN EDUCATIVA MUNDO NUEVO
AUTORIZADA SEGÚN RESOLUCIÓN DE ACTUALIZACIÓN N° 3773 DEL 03 DE SEPTIEMBRE
DE 2015, DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL. NIT. 816.001.296-8
TEL. 3128063 VEREDA MUNDO NUEVO - PEREIRA

Pereira, febrero 17 de 2016

Señores
EPS ASMESALUD
Ciudad

ASUNTO: REMISIÓN ATENCIÓN PRIORITARIA DE ESTUDIANTE CON CONSUMO DE SPA

Cordial saludo:

Se remite al estudiante JUAN PABLO GUTIÉRREZ CARDONA con TI 1004738060 con el fin de iniciar tratamiento de mitigación de consumo de SPA (Marihuana), quien voluntariamente aceptó someterse al tratamiento .

Espera el control y seguimiento respectivo.

Agradezco de antemano la atención y colaboración prestada.

Atentamente,


OLGA LUCIA ARIAS PÉREZ
Rectora

1
Recibe Yolanda Cardona S.



INSTITUCIÓN EDUCATIVA MUNDO NUEVO

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN RESOLUCIÓN DE ACTUALIZACIÓN N° 3773 DEL 03 DE SEPTIEMBRE DE 2.015 EMANADA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL . NIT. 816.001.296-8
TEL. 3128063 VEREDA MUNDO NUEVO – PEREIRA

Anexo 4.

REMISION A ENTIDAD EXTERNA

Datos de identificación: 1004738060		
Nombre estudiante: JUAN PABLO CARDONA GUTIERREZ		
Fecha de nacimiento: Día 4 Mes MARZO Año: 2001		Edad: 15 AÑOS
Grado: 7°	Jornada: am X pm ___	Sede: MUNDO NUEVO
Repitente: Si No <u>X</u>		
Nombre del acudiente: YOLANDA CARDONA SANTAMARIA		
Parentesco: MADRE		Teléfono: 3148124991
Fecha de remisión: 17 Mes FEBRERO Año: 2016		
Entidad a la que se remite: EPS CAFESALUD		
Profesional al que se remite: MEDICINA GENERAL		
MOTIVO DE REMISIÓN:		
El estudiante ha reconocido está consumiendo SPA (marihuana) y requiere de acompañamiento psicológico y/o médico de carácter urgente.		
OBSERVACIONES		
La madre solicita que por favor que le ayuden con él, ella piensa que cambiarlo de ambiente sería lo más sano.		
REMITE	CARGO	IDENTIFICACION
OLGA LUCÍA ARIAS PÉREZ	RECTORA	42.067.159
CARLOS ALBERTO LÓPEZ VALENCIA	DOCENTE CONVIVENCIA ESCOLAR	10.017.258



INSTITUCIÓN EDUCATIVA MUNDO NUEVO

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN RESOLUCIÓN DE ACTUALIZACIÓN N° 3773 DEL 03 DE SEPTIEMBRE DE 2015 EMANADA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL. NIT. 818.001.298-8
TEL. 3128063 VEREDA MUNDO NUEVO - PEREIRA

Anexo 5.

FICHA DE SEGUIMIENTO PARA USUARIOS DE SPA REMITIDOS A ENTIDADES EXTERNAS

Fecha: Feb 17 de 2016	Grado: 7°
Nombre estudiante: Juan Pablo Gutierrez Cardona	
Nombre acudiente: Valquiria Gutierrez Cardona	Parentesco: Madre
Datos adicionales acudiente:	

Fecha primera remisión a EPS: Feb 17 de 2016
Fecha atención: _____ Adherencia al tratamiento: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo por el cual no se adhirió: _____
Entrega reportes físicos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Acompañamiento familiar: La madre solista y está de control
Profesional que lo atendió: _____

Fecha primera remisión a UPPV: _____
Fecha atención: _____ Adherencia al tratamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo por el cual no se adhirió: _____
Entrega reportes físicos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Acompañamiento familiar: _____
Profesional que lo atendió: _____

Diagnóstico consumo: _____
Otros diagnósticos: _____
Medicamentos prescritos: _____
Hospitalización: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observación: _____

Otras remisiones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Entidades: _____
Observaciones: _____

Recomendaciones: _____



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	17 de febrero de 2016	Número de radicado:	7463
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	OLGA LUCIA ARIAS PEREZ		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

