Bogotá D. C., 20 DE MAYO DEL 2023

Señora

CLAUDIA PATRICIA CARRILLO DAZA

SUBDIRECCIÓN PARA LA DISCAPACIDAD

BOGOTA

Respetado(a) Supervisor(a), reciba un cordial saludo.

Me permito hacer entrega de las evidencias asociadas al informe de actividades correspondientes al mes de **MAYO** del año 2023 correspondientes al contrato número 427-2023, los cuales se encuentran publicados en la plataforma SECOP II. A continuación, se relacionan los soportes por cada obligación contractual los cuales se encuentran en el siguiente enlace sharepoint https://sdisgovco-my.sharepoint.com/personal/cbermudezp_sdis_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?ga=1&id=%2Fpersonal%2Fcbermudezp%5Fsdis%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20CPS%202023%2DSUBDIRECCION%20PARA%20LA%20DISCAPACIDAD%2FRENACER%2FCPS%20427%20MANUEL%20ANDRES%20ALVARADO%20DAZA%2FMAYO

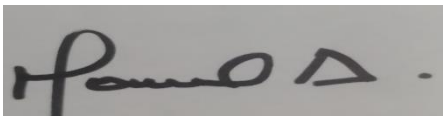
Objeto contrato número 427 de 2023**: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EFECTUAR ACCIONES DE CUIDADO DE LA SALUD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA SUBDIRECCION PARA LA DISCAPACIDAD EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	SOPORTES
1. Apoyar las actividades de las personas con discapacidad en el seguimiento de rutinas, actividades básicas cotidianas (ABC) y actividades de la vida diaria (AVD) programadas, siguiendo los protocolos establecidos en la línea técnica de la Subdirección para la Discapacidad.	**1.1.1 NOTA DE ENFERMERIA** **1.2.1. Notas de enfermería** **1.3.1. MEMORANDO DE LA ACTIVIDAD Y NOTA DE ENFERMERIA.** **1.4.1. NOTA DE ENFERMERIA**
2. Cumplir con el instructivo de recepción, almacenamiento y suministro de medicamentos, según las orientaciones en	**2.1.1. FORMATO DE SALUD DE LOS PARTICIPANTES** **2.2.1. Adjuntar imagen de formatos de**

la normatividad vigente, verificando la actualización de soportes médicos y registrando simultáneamente en los formatos establecidos por la Subdirección para la Discapacidad.	**la administración de medicamentos realizada por usted.**
3. Realizar los registros requeridos para la revisión diaria física (cefalocaudal) de los participantes al ingreso, la permanencia y a la salida, teniendo en cuenta, los instructivos establecidos en los formatos del programa de cuidado de la salud, en el marco de los lineamientos técnicos institucionales	**3.1.1. NOTAS DE ENFERMERIA** **3.2.1 NOTA DE ENFERMERIA**
4. Brindar apoyo en el desarrollo de las actividades realizadas en el servicio, que permitan fortalecer habilidades y capacidades en las personas con Discapacidad, sus cuidadores y cuidadoras, en el marco de los lineamientos técnicos institucionales.	**4.1.1. PLANILLA DE ASISTENCIA Y FORMATO DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES**
5. Aportar en la elaboración de informes de seguimiento y conceptos sobre avances y logros de las personas participantes, de acuerdo con los lineamientos técnicos de la Subdirección para la Discapacidad.	**5.1.1. Formato de SALUD BASICA de los menores a cargo.** **5.1.2 Acta de entrega de carpeta**
6. Brindar acompañamiento a las personas con discapacidad a las entidades de salud en caso de cambios bruscos de su condición de salud por enfermedad crónica y urgencias vitales de acuerdo con los lineamientos técnicos institucionales.	**6.1.1. MEMORANDO CRISIS COMPORTAMENTAL PARA LA MODALIDAD AVANZAR Y NOTA DE ENFERMERIA**
7. Realizar las actividades para la implementación del Sistema Distrital de	**7.1.1. Programación turnos**

Cuidado y acciones territoriales en las que sea convocado por parte del Supervisor de contrato, de acuerdo con los lineamientos institucionales.	
8. Asistir y participar en las reuniones convocadas por la Secretaría Distrital de Integración Social, el ordenador del gasto y la Subdirección para la Discapacidad	**8.1.1 Acta de socialización y planilla de asistencia**
9. Las demás que el Supervisor del Contrato designe conforme al objeto contractual a desarrollar, los lineamientos de la Subdirección para la discapacidad.	**9.1.1. ACTA DE ENTREGA DE NOTAS** **9.2.1. Adjuntar oficio de relación de entrega de documentación.** **9.3.1. Adjuntar pantallazo de planilla y pantallazo de SECOP del mes, y print de DRAVE evidencias adjuntas.**

De igual manera, me permito informarle que el porcentaje de ejecución física es del 33,9% y el porcentaje de ejecución financiera es del 25,2%



Firma
Nombre Contratista: MANUEL ANDRES ALVARADO DAZA
CC: 79.731.108