ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO CUADRO DE NOVEDADES PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-171 Versión: 1 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA	7693 DE 2022	
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Centro Avanzar Grupo 4	
4	TIPO DE ATENCIÓN	AVANZAR	
5	PERIODO	1/04/2023	13/04/2023
6	CANTIDAD DE DIAS HABILES (COSTOS VARIABLES)	22	
7	CANTIDAD DE DIAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)	30	

8	9	10	11. NOMBRE COMPLETO				12	13	14	15	16	17	18
CUPO	Nº	IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE NOVEDAD	FECHA INICIO (dd/mm/aa)	HORA DE INICIO (h:h:mm)	FECHA FINAL (dd/mm/aa)	HORA FINAL (hh:mm)	DIAS SIN ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
1	1	1027211916	AGUIRRE	RUIZ	MANUELA			10/04/2023					Participante que vuelve a quedar en atención desde el 10/04/2022 luego de haber estado suspendido incapacidad medica.
4	4	1220220282	ARANDA	CASTILLO	JUAN	JOSE		3/04/2023					Participante que vuelve a quedar en atención desde el 03/04/2022 luego de haber estado suspendido incapacidad medica.
31	31	1019010303	BOCANEGRA	RIVERA	BRAYAN	DAVID	ES	12/04/2023					Participante que egresa por mayoria de edad desde el 12/04/2023
14	14	1016727144	DUARTE	GUTIERREZ	STIVEN			11/04/2023					Participante que vuelve a quedar en atención desde el 11/04/2023 luego de haber estado suspendido por incapacidad medica.
44	44	1232407789	FUGUEROA	VIMESCAS	RODRIGO	ANDRES		3/04/2023					Participante que vuelve a quedar en atención desde el 03/04/2023 luego de haber estado suspendido por incapacidad medica.
21	21	1074812109	MONTEALEGR	GUAJE	YERLY	VALENTINA		12/04/2023					Participante que vuelve a quedar en atención desde el 12/04/2023 luego de haber estado suspendido por incapacidad medica.
28	28	1029147603	POVEDA	PADILLA	LAURA	SOFIA		12/04/2023					Participante que vuelve a quedar en atención desde el 12/04/2023 luego de haber estado suspendido por incapacidad medica.
52	52	1023907033	QUINTERO	TORRES	JHOAN	SEBASTIAN	IS	3/04/2023					Participante que INGRESA al servicio desde el 03/04/2023
51	51	1021679504	SANCHEZ	MEZA	DIEGO	LEONARDO	IS	3/04/2023					Participante que INGRESA al servicio desde el 03/04/2023
39	39	1073695871	URREA	PEÑA	NICOLAS	EMIGDIO	ES	12/04/2023					Participante que egresa por mayoria de edad desde el 12/04/2023
41	41	1014477483	VARGAS	GOMEZ	JUAN	ESTEBAN	ES	12/04/2023					Participante que egresa por mayoria de edad desde el 12/04/2023

19 _____ 21 _____ 23 _____

20 APOLINARIA CLEMENTE CHILO 22 SOR MARIA RAQUEL ESCALANTE CASTAÑEDA 24 NOMBRE PROFESIONAL SIRBE

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO

1	ONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	ISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	E ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	ERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mmm/aaaa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mmm/aaaa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
6	ES DEL PERIODO	Registre el número total de dias de atención durante el periodo, que es el número de dias a tener en cuenta para calcular los costos variables.
7	FIJOS DEL PERIODO	Registre el número de dias según la forma de pago establecida para costos fijos.
8	CUPO	Escriba el número de cupo a que correponde la persona atendida en el periodo, acorde con el control de asistencia.
9	Nº	Escriba el número consecutivo de la novedad. Solo se relaciona la persona que tiene novedad. Por novedad se registra un renglón, por tanto una persona puede estar relacionada tantas veces como novedad tenga en el periodo.
10	TIFICACION	Registre el número de documento de identificación de la persona a la que se le relaciona la novedad.
11	E COMPLETO	Escriba primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre de la persona a la que se le relaciona la novedad.
12	IE NOVEDAD	registre la sigla según el tipo de novedad que corresponda, teniendo en cuenta la siguiente tabla:

CLASE DE NOVEDAD	TIPO DE NOVEDAD	SIGLA
INGRESO	Ingreso al Servicio (Por validación de condiciones)	IS
	Comienzo de atención (Por inicio de convenio/contrato)	ICA
EGRESO	Egreso el servicio*	ES
	Finalización de atención Por terminación del convenio/contrato)	EFA
TRASLADO	Ingreso al Centro por Traslado	TIC
	Egreso del Centro por Traslado	TEC
ACTIVIDAD	Hospitalización	AH
	Salida Medio Familiar	AMF
	Actividad Extramural	AE

*Según los Criterios de Egreso contemplados en la Resolución vigente

Si una persona presenta durante el periodo varias veces la misma novedad, debe registrarse en un renglón diferente cada una.

13	CHA INICIO	Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia del inicio de la novedad.
14	A DE INICIO	Se registra la hora en que la persona sale o entra o sale del Centro como consecuencia del inicio de la novedad. Se debe registra teniendo en cuenta días de 24 horas.
15	CHA FINAL	Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia de la terminación de la novedad.
16	RA FINAL	Se registra la hora en que la persona sale o entra o sale del Centro como consecuencia de la terminación de la novedad. Se debe registra teniendo en cuenta días de 24 horas.
17	IN ATENCIÓN	Se registra el número total de días que no se presentó atención como consecuencia de la novedad.
18	N DE LA NOVEDAD	Se realiza una descripción de la novedad.
19	ADOR(A) DEL CENTRO	Sobre la línea va la firma del(a) Coordinador(a) del Centro, como responsable de la informacimación consignada en la planilla.
20	NADOR(A) DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro
21	ESENTANTE LEGAL	Sobre la línea va la firma del(a) Representante Legal, como responsable de la informacimación consignada en la planilla.
22	RESENTANTE LEGAL	Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro
23	OFESIONAL SIRBE	Sobre la línea va la firma del(a) funcionario(a) responsable de la validación de la información consignada en la planilla conla infomación en SIRBE.
24	OFESIONAL SIRBE	Debe registrarse el nombre completo del(a) funcionario(a) responsable de la validación de la información en SIRBE.

)ún la necesidad de reistro de novedades.