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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA | 8337 DE 2023 | |
| 2 | CONTRATISTA/ASOCIADO | FUNDACIÓN CENAINCO | |
| 3 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA | CENTRO INTEGRARTE DE ATENCIÓN EXTERNA GRUPO 1 | |
| 4 | TIPO DE ATENCIÓN | EXTERNA | |
| 5 | PERIODO | 21/12/2023 | 31/12/2023 |
| 6 | CANTIDAD DE DIAS HÁBILES (COSTOS VARIABLES) | 6 | |
| 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 (hh:mm) | FECHA FINAL (dd/mm/aa) | HORA FINAL (hh:mm) | DIAS SIN ATENCIÓN | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD |
| 39 | 1 | 1019123997 | RONCANCIO | MORENO | EYDUER | MIGUEL | SUSPENSIÓN | 22/08/2023 | | | | | Suspendido desde el 22 de agosto por deterioro en salud |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 0 |

19 _____
20 COORDINADORA: DIANA MILENA GACHANCIPA FORERO

21 _____
22 REPRESENTANTE LEGAL: HENRY HUMBERTO SANCHEZ

23 _____
24 NOMBRE PROFESIONAL SIRBE

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO

| | | |
|---|---|---|
| 1 | CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA | Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde. |
| 2 | CONTRATISTA/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 | TIPO DE ATENCIÓN | Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores. |
| 5 | PERIODO | 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 | DÍAS HÁBILES DEL PERIODO | Registre el número total de días de atención durante el periodo, que es el número de días a tener en cuenta para calcular los costos variables. |
| 7 | DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO | Registre el número de días 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 | IDENTIFICACION | Registre el número de documento de identificación de la persona a la que se le relaciona la novedad. |
| 11 | NOMBRE COMPLETO | Escriba primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre de la persona a la que se le relaciona la novedad. |
| 12 | TIPO DE 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 | FECHA 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 | HORA 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 | FECHA FINAL | Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia de la teminación de la novedad. |
| 16 | HORA 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 | DIAS SIN ATENCIÓN | Se registra el número total de días que no se presentó atención como consecuencia de la novedad. |
| 18 | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD | Se realiza una descripción de la novedad. |
| 19 | FIRMA COORDINADOR(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 | NOMBRE COORDINADOR(A) DEL CENTRO | Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro |
| 21 | FIRMA REPRESENTANTE LEGAL | Sobre la línea va la firma del(a) Representante Legal, como responsable de la informacimación consignada en la planilla. |
| 22 | NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL | Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro |
| 23 | FIRMA PROFESIONAL 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 | NOMBRE PROFESIONAL SIRBE | Debe registrarse el nombre completo del(a) funcionario(a) responsable de la validación de la información en SIRBE. |

NOTA: Inserte o elimine filas según la necesidad de reistro de novedades.