

<div><div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div><div>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL</div></div>						<div>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL</div> <div>FORMATO CUADRO DE NOVEDADES PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD</div>						<div>Código: FOR-PSS-171</div> <div>Versión: 1</div> <div>Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986</div> <div>Página: 1 de 1</div>	
1		CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA				6342 DE 2023							
2		CONTRATISTA/ASOCIADO				FUNDACIÓN CENAICO							
3		NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA				CENTRO INTEGRARTE DE ATENCIÓN EXTERNA GRUPO 9							
4		TIPO DE ATENCIÓN				EXTERNA							
5		PERIODO				01/10/2023		31/10/2023					
6		CANTIDAD DE DÍAS HÁBILES (COSTOS VARIABLES)				21							
7		CANTIDAD DE DÍAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)				30							
8	9	10	11. NOMBRE COMPLETO				12	13	14	15	16	17	18
CUPO	N°	IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE NOVEDAD	FECHA INICIO (dd/mm/aaa)	HORA DE INICIO (hh:mm)	FECHA FINAL (dd/mm/aaa)	HORA FINAL (hh:mm)	DÍAS SIN ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
4	1	53065764	BAEZ	GARCIA	MAGDA	JENNY	LEVANTAMIENTO SUSPENSIÓN	02/10/2023				0	LEVANTAMIENTO SUSPENSIÓN
7	2	1010003253	BELTRAN	PATÍÑO	MARIA	SOFIA	INGRESO	19/10/2023				0	INGRESO 19/10/2023
37	3	1000575549	RODRIGUEZ	CARDENA	JUAN	PABLO	LEVANTAMIENTO SUSPENSIÓN	02/10/2023				0	LEVANTAMIENTO SUSPENSIÓN
37	4	1000575549	RODRIGUEZ	CARDENA	JUAN	PABLO	SUSPENDIDO	27/10/2023				0	SUSPENDIDO EL 27/10/2023
43	5	52354068	SILVA	LOPEZ	ANGELICA	PATRICIA	LEVANTAMIENTO SUSPENSIÓN	04/10/2023				0	LEVANTAMIENTO SUSPENSIÓN
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
19  21  23 0													
20 COORDINADORA: HANDRY HOBANNA QUIÑONES 22 REPRESENTANTE LEGAL: HENRY HUMBERTO SANCHEZ 24 NOMBRE PROFESIONAL SIRBE													

1

CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA

2

CONTRATISTA/ASOCIADO

3

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA

4

TIPO DE ATENCIÓN

5

PERIODO

6

DÍAS HÁBILES DEL PERIODO

7

DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO

8

CUPO

9

N°

10

IDENTIFICACION

11

NOMBRE COMPLETO

12

TIPO DE NOVEDAD

Añote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.

Escriba el nombre del contratista o asociado.

Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.

Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.

En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mm/aaaa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mm/aaaa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.

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.

Registre el número de días según la forma de pago establecida para costos fijos.

Escriba el número de cupo a que corresponde la persona atendida en el periodo, acorde con el control de asistencia.

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.

Registre el número de documento de identificación de la persona a la que se le relaciona la novedad.

Escriba primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre de la persona a la que se le relaciona la 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

14

HORA DE INICIO

15

FECHA FINAL

16

HORA FINAL

17

DÍAS SIN ATENCIÓN

18

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

19

FIRMA COORDINADOR(A) DEL CENTRO

20

NOMBRE COORDINADOR(A) DEL CENTRO

21

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

22

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

23

FIRMA PROFESIONAL SIRBE

24

NOMBRE PROFESIONAL SIRBE

Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia del inicio de la novedad.

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.

Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia de la terminación de la novedad.

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.

Se registra el número total de días que no se presentó atención como consecuencia de la novedad.

Se realiza una descripción de la novedad.

Sobre la línea va la firma del(a) Coordinador(a) del Centro, como responsable de la información consignada en la planilla.

Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro

Sobre la línea va la firma del(a) Representante Legal, como responsable de la información consignada en la planilla.

Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro

Sobre la línea va la firma del(a) funcionario(a) responsable de la validación de la información consignada en la planilla conla información en 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.