| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL | **SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL** | Código |
| | **SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS** | Versión |
| | **COMPONENTE FAMILIAS, COMUNIDADES Y REDES** | Fecha |
| | **INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN** | Página |

| No. CONVENIO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | No. DE INSTRUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 7623 | 25/4/24 | 7/5/24 | 6/12/2024 | 5 |

| FECHA DE VERIFICACIÓN | HORA DE INICIO | NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL |
|---|---|---|
| 12/8/2024 | 7:20AM | JARDIN INFANTIL MANANTIAL |

| DIRECCIÓN DEL JARDÍN INFANTIL | LOCALIDAD |
|---|---|
| CRA 48B # 73A SUR 84 | CIUDAD BOLIVAR |

| BARRIO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|
| LAS BRISAS | 7173129 | showmanantial@hotmail.com |

**SEGUIMIENTO A LA COBERTURA Y A LA ASISTENCIA**

| MATERNO | CAMINADORES | PARVULOS | PRE JARDÍN | JARDÍN |
|---|---|---|---|---|
| N/A / N/A / N/A | N/A / N/A / N/A | 48 / 48 / 38 | 55 / 55 / 31 | N/A / N/A / N/A |

**CALIFICACIÓN: SOBRESALIENTE (SOB) SATISFACTORIO (SAT) A MEJORAR (AM) DEFICIENTE (DEF) NO APLICA (NA)**

**EN LAS CASILLAS MARQUE SI, NO O NA SEGÚN CORRESPONDA**

**9.1.2 COMPROMISOS GENERALES DEL ASOCIADO**

| | | |
|---|---|---|
| **1** | ¿Cumple con los compromisos adquiridos en virtud de la suscripción del Convenio, de conformidad con lo señalado en el Estudio Previo, Invitación Pública, Anexo técnico, Estándares de Calidad para la Educación Inicial del Servicio Jardines Infantiles Públicos y Privados del Distrito Capital, la normatividad vigente y las directrices impartidas por la SDIS? | **SAT** |
| **2** | ¿Cumple con los requerimientos que haga el Supervisor y dar respuesta máxima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del requerimiento o en los términos establecidos en el mismo? | **SAT** |
| **3** | ¿Permite la labor de la Supervisión, así como la articulación con los equipos técnicos y administrativos de la SDIS con el propósito de orientar el cumplimiento de los Estándares de Calidad para la Educación Inicial del Servicio Jardines Infantiles Públicos y Privados del Distrito Capital, los procedimientos, instructivos, protocolos y demás referentes técnicos y normativos que soporten la atención? | **N/A** |
| **4** | ¿Cumple con la Resolución 967 de 2007, expedida por la Secretaría de Integración Social SDIS, por la cual se establece la gratuidad en el servicio de educación inicial en los Jardines Infantiles del Distrito Capital? | **SAT** |

**9.1.3.1 COMPROMISOS COMPONENTE FAMILIA, COMUNIDAD Y REDES**

| | | |
|---|---|---|
| **1** | Cuenta con documento que exponga y analice elementos relacionados con el contexto geográfico, social, cultural, familiar y educativo; desarrollando las siguientes fases: | **N/A** |

Cuenta con un cronograma donde se evidencie la programación de las acciones establecidas para las tres fases, que incluya a todas y todos los agentes educativos/corresponsables | SAT

**A** **Mapeo territorial inicial (Durante el primer mes)**

Cual fue la o las herramientas o estrategias utilizadas para la recolección: ENCUESTA VIRTUAL

Fecha en la que se implementaron las herramienta o estrategias: 22/05/2024

Los datos recogidos se encuentran consolidados: SI

**B** **Lectura de identidad (Durante el segundo y tercer mes)**

Soporte presentado: ACTA

En el soporte presentado, se evidencia el reconocimiento de potencialidades, recursos, expectativas, necesidades e intereses de la población. | SI

En el soporte presentado, se evidencia el reconocimiento de las cracterísticas del equipo de trabajo relacionadas con sus concepciones sobre las niñas, niños y la educación inicial. | SI

**C** **Análisis y apropiación (Durante el segundo y tercer mes)**

| SOPORTE PRESENTADO | FECHA DE REALIZACIÓN | ACCIÓN DE ANALISIS DESARROLLADA | EJES DE TRABAJO / CATEGORIAS IDENTIFICADAS |
|---|---|---|---|
| ACTA | 29/07/2024 | Reunión equipo de trabjo y responsable del servicio para analizar los datos de la fase de lectura de identidad | *Inseguridad economica<br>*Falta de acceso a servicios<br>*Estrés y traumas familiares<br>*Poblacion migrante |
| N/A | N/A | N/A | |

**D** **Documento de caracterización poblacional (Durante el tarcer y cuarto mes)**

Cuenta con un documento de caracterización poblacional: N/A

**E** **Actualización del documento de caracterización poblacional (Durante el sexto mes)**

Se requirio realizar alguna actualización de información al documento: N/A

Fecha de actualización: N/A

Soporte presentado y tipo de actualización realizada: N/A

**2** Cuenta con soportes de las acciones de fortalecimiento al rol cuidador y protector de las familias, cuidadoras y cuidadores, desarrolladas desde el liderazgo de los diferentes perfiles transversales en cooperación con el equipo de trabajo del jardín infantil **N/A**

Presenta cronograma bimestral que contenga: fecha, hora, acción a desarrollar, temática a abordar y profesional responsable. | SI

| SOPORTE PRESENTADO | FECHA DE REALIZACIÓN | TEMA | ENCUENTRO GRUPAL | CAMPAÑA INFORMATIVA | FECHA Y CODIGO DE CARGE EN SIRBE |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

Se evidencia la participación del 100% de los padres, madres o personas cuidadoras N/A

La herramienta utilizada para recoger los saberes y la apropiación de las temáticas abordadas, consta del 10% de la población N/A

El jardín infantil facilitó y apoyo las acciones para el fortalecimiento del rol protector y cuidador (Organización, convocatoria,disposición de espaciosy materiales y diligenciamiento de la ficha SIRBE cuando aplique) N/A

**3** Cuenta con soportes del desarrollo de las acciones encaminadas a la movilización social de la población que conforma el jardín infantil desde el liderazgo de los diferentes perfiles transversales en cooperación con el equipo de trabajo del jardín infantil. **N/A**

Presenta acta o actas en las cuales se determinó cual sería la movilización social a desarrollar **N/A**

Presenta cronograma mensual, que contenga: fecha, hora, acción a desarrollar, temática a abordar y profesional responsable. **N/A**

| SOPORTE PRESENTADO | FECHA DE REALIZACIÓN | TEMA | ENCUENTRO GRUPAL | ESTRATEGIA O ACCIÓN NO PRESENCIAL |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**4** Cuenta con soportes del acompañamiento realizado por parte del equipo transversal a familias, madres, padres, cuidadoras y cuidadores, a nivel individual atendiendo sus intereses y necesidades **N/A**

| SOPORTE PRESENTADO | SOPORTE ESTABLECIDO POR LA SDIS (SI-NO) | FECHA DE REALIZACIÓN | PROFESIONAL TRANSVERSAL QUE ACOMPAÑA | IDENTIFICACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO | | | | MOTIVO DEL ACOMPAÑAMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Sol. FLIA | Id. Pro. Trans. | Rem. Prof JI | Rem. Prof. Trans | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | N/A |

**5** Cuenta con soportes del cargue al SIRBE frente al desarrollo de acciones grupales realizadas por los equipos transversales, encaminadas a la prevención de situaciones que puedan amenazar o vulnerar la garantía y el ejercicio de los derechos de niñas y niños. **N/A**

Presenta acta o actas de reunión interdisciplinar que de cuenta de:

Objetivo del proceso para cada uno de los grupos conformados que comparten factores de riesgo **N/A**

Planeacion de las acciones a realizar con cada uno de ellos **N/A**

Número de sesiones a desarrollar **N/A**

Cuenta con cronograma de las acciones a realizar con los grupos identificados con factores de riesgo que contenga: fecha, temática abordar, estrategia de abordaje, grupo al cual se dirige y profesional responsable **N/A**

| SOPORTE PRESENTADO | FECHA DE REALIZACIÓN | TEMA | FECHA Y CODIGO DE CARGE EN SIRBE |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

Fecha acta de cierre N/A

Cuenta con evaluación y conclusiones de objetivos planteados al inicio del proceso N/A

**6** Registra de manera individual en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Integración Social e informar a madres, padres, cuidadoras y cuidadores, cualquier suceso fuera de lo habitual en el marco de las características establecidas para la prestación de la atención, así como, aquellos que presuntamente inobserven, amenacen o vulneren los derechos de las niñas, los niños, sus familias, cuidadoras o cuidadores que se identifiquen u ocurran durante el ingreso o permanencia de niñas y niños en el jardín infantil o fuera de este. **SAT**

Cuenta con fecha, hora , lugar descripción de la situación, tipo de novedad, acciones inmediatas, acciones adicionales. SI

El reporte es claro, cuenta con su respectivo seguimiento y cierre (cuando aplique) SI

Da cuenta de la situación física, emocional, comportamental o de presunta vulneración de los derechos de las niñas y los niños. SI

Presenta la firma del padre, madre o acudiente (cuando aplique) SI

Presenta la firma de la persona de atención directa que la registró. SI

Utiliza el formato vigente que se encuentra cargado en el Sistema Integrado de gestión de la entidad SI

Cumple con las demás caracteristicas establecidas en el anexo técnico o documentos que orienten su diligenciamiento. SI

**7** Construye, actualiza y socializa el documento que contiene los procedimientos para la activación de rutas administrativas por presunta amenaza o vulneración de derechos, según orientaciones relacionadas en los Estándares de Calidad para La Educación Inicial del Servicio Jardines Infantiles Públicos y Privados del Distrito Capital. **SAT**

Cuenta con cronograma en el cual se registren las acciones para la construcción y actualización (primer mes) y socialización (de manera trimestral) SI

Cuenta con la construcción o actualización del documento en el primer mes de atención SI

Cuenta con socialización trimestral del documento. (Si la respuesta es afirmativa diligencie el cuadro que esta acontinuación, si la respuesta es negativa relacionar no aplica en cada espacio del cuadro) | NO

| ACTIVIDAD | FECHA DE REALIZACIÓN | TEMA | POBLACIÓN |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

**8** Realiza activación de la ruta administrativa por presunta vulneración de derechos a niñas, niños, sus familias, cuidadoras o cuidadores correspondiente, así como el seguimiento respectivo a cualquier ruta activada por el jardín infantil o por una madre, padre, cuidadora o cuidador y reportar en las herramientas virtuales que la SDIS disponga para tal fin.

**SAT**

Durante el mes verificado se realizaron activaciones de ruta por PVD. (Si la respuesta es afirmativa, diligenciar el anexo 1.1 del componente) | NO

Durante el mes verificado se realizaron seguimientos a los casos de activación de ruta por PVD. (Si la respuesta es afirmativa, diligenciar el anexo 1.1 del componente) | SI

Registre la fecha de la mesa de seguimiento local 20/08/2024

**9** Presenta un documento que dé cuenta del proceso de construcción o actualización, socialización, implementación y seguimiento a los acuerdos orientados a favorecer las interacciones armónicas en el marco de la protección integral de niñas y niños, a través de acciones participativas y pedagógicas que fomenten la convivencia y la paz entre los diferentes actores que hacen parte del jardín infantil

**SAT**

Cuenta con cronograma en el cual se evidencien la construcción, actualización (tres primeros meses) y socialización (en el cuarto), el cual debe contener: fecha, población, responsable y fase | SI

| FASE | ACTIVIDAD | FECHA DE REALIZACIÓN | TEMA | POBLACIÓN 100% |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

Cuenta con el documento que contenga: Objetivo, justificación, descripción del proceso de construcción o actualización, acuerdos, compromisos y seguimiento | SI

**10** Cuenta con soportes de las acciones de alianza territorial que den respuesta a particularidades, necesidades o intereses, establecidas a partir del proceso de caracterización poblacional o de situaciones singulares que lo ameriten.

**N/A**

Presenta acta o actas con listado de asistencia en las que se visibilicen articulaciones interinstitucionales o intersectoriales en respuesta a particularidades identificadas, así mismo en la que se establescan los objetivos que se pretenden alcanzar, producto de la articulación. | N/A

| FECHA | ALIANZA TERRITORIAL | ACTIVIDAD REALIZADA | SOPORTES |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

Cuenta con acta al finalizar el proceso de articulación propuesto, en la cual se describa el detalle de la incidencia o impacto del mismo sobre la población a la cual fue dirigido y el cumplimiento de objetivos trazados | N/A

Registre la fecha del acta final | N/A

## 9.1.3.6 COMPROMISOS COMPONENTE TALENTO HUMANO

**1** ¿Garantiza la vinculación de las y los colaboradores requeridos? (la contratación se realizará acorde con la matrícula de niñas y niños) **SAT**

| PERFILES | ESTRUCTURA DE COSTOS | TH REQUERIDO (MATRICULADOS) | TH CONTRATADO | ASISTENTES | REMPLAZOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Responsable del Servicio | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Profesionales y técnicas de atención a la primera infancia | 7 | 7 | 7 | 7 | 0 |
| Auxiliares de atención a la primera infancia | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| Personal de Aseo e higiene | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 |
| Personal de servicio de alimentos | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 |
| Apoyo Administrativo | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |

**1.1** ¿Garantiza la contratación del remplazo de las y los colaboradores que por fuerza mayor o caso fortuito durante dos (2) días hábiles de operación consecutivos no presten sus servicios en el Jardín Infantil, o de manera inmediata cuando se presente renuncia voluntaria.

SI [X] NO [ ]

**2** ¿Cuenta con oficio de verificación de perfiles para las y los colaboradores contratados? **SAT**

**3** ¿Garantiza la dedicación exclusiva de las y los colaboradores del Jardín Infantil en la jornada de atención definida, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico? **SAT**

**4** ¿Se encuentra el servicio de vigilancia en el jardín infantil? **SAT**

SI [X] NO [ ]

## SEGUIMIENTO AL INSTRUMENTO ANTERIOR

Se realizò seguimiento al acta anterior, se evidencia implementacion de las sugerencias realizadas.

## OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN

Se llevarán acabo las actividades programadas para el mes, dando continuidad al proceso del componente. Estoy de acuerdo con lo relacionado en el acta.

**OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN**

1.Presentó para la fase de lectura de identidad acta con fecha del 26/07/2024, en la cual se identificaron expectativas, necesidades, intereses y potencialidades de las familias. Presentó la fase análisis y apropiación con el equipo trasversal con fecha del 29/07/2024, que permitió acercarse al reconocimiento de las prácticas, costumbres, creencias, expectativas, fortalezas, necesidades, entre otras, de la población.
2.Presentó acta de socialización con familias con fecha del 25/07/2024, sobre "Hábitos saludables" por parte de la nutricionista mediante encuentro grupal, se anexo ficha SIRBE del encuentro, sin embargo, no se ha realizado el respectivo cargue, falta presentar estrategia de apropiación de saberes del encuentro. Lo anterior será verificado como soporte del informe correspondiente al mes de agosto. Se proyectó socialización con familias con fecha del 10/09/2024, sobre "Prevención y detección de enfermedades prevalentes en la primera infancia y pautas de crianza" por parte de las profesionales en nutrición y psicología mediante socialización de folletos.
3.Para este periodo se proyectó reunión de articulación con el equipo trasversal con fecha del 13/08/2024 para definir el tema de la movilización social y generar el cronograma. Este soporte se verificará de forma virtual, por lo anterior el asociado debe cargar los soportes el día 14/08/2024 y notificar esta acción por correo a la líder del componente Yuly Riaño y al apoyo a la supervisión Ana María González.
4.Para la fecha de la verificación aún no se han realizado atenciones individuales toda vez que no se tienen programadas en cronograma.
5.Para este periodo se proyectó reunión de articulación con el equipo trasversal con fecha del 13/08/2024 para definir los temas de prevención y los grupos focales de trabajo y generar el cronograma. Este soporte se verificará de forma virtual, por lo anterior el asociado debe cargar los soportes el día 14/08/2024 y notificar esta acción por correo a la líder del componente Yuly Riaño y al apoyo a la supervisión Ana María González. Para el mes verificado no aplico, toda vez que las acciones de prevención dependen de la caracterización poblacional.
6.Presentó novedades de todos los niveles, con las situaciones identificadas con los niños y las niñas, las cuales tenían descripción clara de la situación, seguimiento y adecuado diligenciamiento del instrumento.
7.Proyectó socialización para el día 06/09/2024 de Ruta de maltrato infantil dirigido a familias mediante envío de diapositivas.
8.Durante la verificación del mes de septiembre se presentó acta con fecha del 22/07/2024 donde mediante llamada telefónica la abuela materna informa de factores de riesgo asociados a presunto abuso sexual hacia la participante. El día 26/07/2024 se realiza acta de acciones realizadas para la activación de ruta iniciando por el sector salud, se realiza acompañamiento por parte de la psicóloga y la profesional en atención hasta que llega la ambulancia y traslada a la participante al hospital de Meissen. El día 29/07/2024 la psicóloga realiza atención individual con la abuela materna quien manifiesta que la niña se encuentra hospitalizada y que hasta el momento la progenitora no se ha acercado a verla, refiere que le darán la custodia a ella y a los padrinos de la niña. El día 29/07/2024 se envía informe de ampliación a SIVIM mediante correo electrónico. El 29/07/2024 en la tarde, se realiza acompañamiento individual a la progenitora quien informa que está en trámite para solicitar la custodia de su hija. El dia29/07/2024 se registra en novedad que a la participante le dieron de alta en el hospital. El día 29/07/2024 se emite medida de protección en favor de la participante y en contra de la expareja sentimental de la progenitora bajo el RUG 554-2024. El día 30/07/2024 se realiza seguimiento mediante llamada telefónica donde la abuela materna informa que se encuentran en suba y que la niña va a vivir con su madrina, por lo cual solicita traslado para el jardín aures de esta localidad. El día 30/07/2024 se envía correo de notificación al subdirector local mediante correo. El día 08/08/2024 se recibe solicitud formal mediante carta por parte de la abuela materna para traslado a la localidad de suba al jardín infantil aures. Se realiza seguimiento por parte de la profesional en atención a la primera infancia mediante el registro de novedades diariamente hasta el momento de la visita el 12/08/2024. El caso será presentado en mesa PAS del mes de agosto.
9.Proyecto socialización dirigida a familias fecha del 15/08/2024, sobre socialización de "resaltar LA importancia sobre la entrega de documentos de los participantes a tiempo" dirigido a familias mediante pieza comunicativa" dirigido a familias mediante socialización virtual.
10.Para el mes verificado aún no se ha generado alianza territorial, toda vez que se está finalizando la construcción de la caracterización poblacional, para identificar las necesidades en las cuales se necesite realizar una alianza.

**Esta verificación generó requerimiento: SI ___ NO _X__**

Anexos: documentos y número de folios

Listado de asistencia del equipo de trabajo, Formato de novedades de TH

| | |
|---|---|
| JAIME EDUARDO RODRIGUEZ RUIZ | |
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
| NOMBRE: Jaime Eduardo Rodriguez | NOMBRE: Ana María González Aranda |
| N° DE IDENTIFICACIÓN : 1018438407 | N° DE IDENTIFICACIÓN : 1019026978 |
| CARGO: Auxiliar Administrativo | CARGO: Apoyo a la Supervisión |
| | HORA DE FINALIZACIÓN: 12:30 PM |

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL | **SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL** | Código |
| | **SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS** | Versión |
| | **ANEXO VERIFICACIONES APOYO A LA SUPERVISIÓN** | Fecha |
| | **RELACIÓN AUSENCIAS DE TALENTO HUMANO** | Página |

| **No. CONVENIO** | **FECHA DE LA VERIFICACIÓN** | | | **NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL** |
|---|---|---|---|---|
| 7623 | 12 | 8 | 2024 | JARDIN INFANTIL MANANTIAL |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | MOTIVO Y SOPORTE | REMPLAZO |
|---|---|---|---|
| MAURICIO GUTIERREZ TOLOZA | RESPONSABLE DEL SERVICIO | MOTIVO: CITAS MEDICAS<br>SOPORTE: NO PRESENTÓ SOPORTE<br>TIEMPO: 12/08/2024 | NOMBRE DEL REEMPLAZO: N/A<br>FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL: N/A<br>FECHA DE INGRESO: N/A<br>ARL:N/A<br>MOTIVO DE DESCUENTO: NO PRESENTO SOPORTE DE CITAS MEDICAS<br>DÍAS A DESCONTAR:1<br>FECHA DE DESCUENTO:12/08/2024 |

| | |
|---|---|
| JAIME EDUARDO RODRIGUEZ | |
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
| NOMBRE: Jaime Eduardo Rodriguez | NOMBRE:Ana María González |
| No. IDENTIFICACIÓN: 1018438407 | No. IDENTIFICACIÓN: 1019026978 |
| CARGO: Auxiliar Administrativo | CARGO: Apoyo a la Supervisión |

E.P.S. Famisanar LTDA

# CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

## IPS CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CL L48

Consecutivo: 601321354 — EMISIÓN DE INCAPACIDAD — Nro. Incapacidad EPS: 9884828 — Fecha Exped:2024-08-12 10:15:48 — Ciudad: BOGOTA

Grupo servicio:01: Consulta externa — Modalidad Servicio: 01- Intramural — No. De Aut Servicio: 0000889835

**DATOS AFILIADO**

| Nombre | | Identificacion | Fecha Nacimiento | Edad |
|---|---|---|---|---|
| MAURICIO GUTIERREZ TOLOZA | | CC- 13491494 | 1967-12-15 | 56 Años |
| **Tipo Cotizante** | **Emprasa donde labora:** | | **Id Empresa** | **Estado Incapacidad** |
| CONTRIBUTIVO | ASOCIACION GENERADORA DE BIENESTAR SHOW KIDS | | 830122129-6 | TRANSCRITA |

**DATOS INCAPACIDAD/LICENCIA**

| Tipo Remision | Contingencia | Dias solicitados | Dias en Letra |
|---|---|---|---|
| AMBULATORIA | ENFERMEDAD GENERAL | 2 | Dos |
| **Diagnostico Ppal** | **Diagnostico relacionado** | **Fecha Inicial** | **Fecha Final** |
| R51 | R69 | 2024-08-12 | 2024-08-13 |
| **Dias Acumulados** | **Presunto Origen** | **Incapacidad Retroactiva** | **Prorroga** |
| 0 | Comun | No | No |

**Procedimiento Estetico decreto 047/200 art 3**
NO

**IBL**

Observacion

| Nombre Profesional | Identificacion | Reg. Profesional | Especialidad |
|---|---|---|---|
| SONIA MARCELA PUIN TUMAY | CC 1014192699 | 1014192699 | MEDICINA GENERAL |
| **Razon social prestador** | **ID** | **Ciudad** | |
| Caja de compensación Familiar CAFAM | 860013570-3 | BOGOTA | |

**DATOS DEL MEDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO**

NOTAS ACLARATORIAS: Pendiente pago del dia de incapacidad, El salario del mes del evento sin compensar

Firmado Electronicamente Por

**ONIA MARCELA PUIN TUMAY**
egistro Medico 1014192699

**gar de expedición: BOGOTA (11001)**