

BITACORA MENSUAL DE EVIDENCIAS		
CONTRASTISTA	CARLOS EDUARDO MORA RODIRGUEZ	
CEDULA DE CIUDADANÍA	1068926823	
NUMERO DE CONTRATO	8124	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMEROA PARA REALIZAR LOS PROCESOS Y ACCIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA SUBDIRECCION PARA LA DISCAPACIDAD EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS INSTITUCIONALES	
FECHA ACTA DE INICIO	04/07/2023	
FECHA DE FINALIZACIÓN	03/06/2024	
PERIODO DEL INFORME	06/06/2024 AL 30/06/2024	
EJECUCIÓN	FINANCIERA% 0	FÍSICA% 14

OBLIGACIÓN 1. caracterización e identificación Realizar la de las necesidades de la población, aplicando las técnicas e instrumentos definidos por la entidad.

CAMBIO DE PAÑAL CCF
10:45AM-2:00PM

1.JULIETA TRONCOZO	YO
2.JHON SALAMANCA	MG
3.CRISTIAN MENDIVELSO	JP
4.LUCIANA HURTADO	CM
5.DANNA ROCHA	YO
6.SERGIO PLAZAS	MG
7.RANDY CASTILLO	JP
8.DILAN CARPIO	CM
9.OSCAR MARCIALES	YO
10.VALERIA LEANDRO	MG
11.YORDY GUTIERREZ	JP
12.ALEJANDRA FRANCO	CM
13. DULCE NOHEMI	YO
14.JEREMIAS TOVAR	MG
15.TATIANA TARAZONA	JP
16.KAREN CAMACHO	CM
17.ALAN BELTRAN	YO
18.BRAYAN MACHUCA	MG
19.DILAN ALEC	JP
20.FABIAN HIGUERA	CM
21.LUNA MAHECHA	YO
22.SANTIAGO GONZALEZ	MG



HOJA DE
MEDICAMENTOS
EN LA TARDE



NOMBRE	MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS /VIA	HORA DE ADMINISTRACION
SARITA LINARES	LACOSAMIDA	TABLETA 100 MG	1/2 TABLETA V.O	14-00
SARITA LINARES	TOPIRAMATO	TABLETA 100 MG	1 TABLETA V.O	14-00
SARITA LINARES	CLOBAZAM	TABLETA 10 MG	1 TABLETA V.O	14-00
SARITA LINARES	QUETIAPINA	TABLETA 25 MG	1 TABLETA V.O	14-00
CRISTIAN COBO	OXCARBAZEPINA	SUSPENSION 300MG/5ML	10 CC V.O	14-00
CRISTIAN COBO	RISPERIDONA	TABLETA 1 MG	1 TABLETA	15-00
BRAYAN MACHUCA	OXCARBAZEPINA	SUSPENSION 300MG/5ML	6 CC V.O	14-00
BRAYAN MACHUCA	LEVETIRACETAM	SOLUCION 100MG/ML	6 CC V.O	14-00
VALERY VIVAS	ACIDO VALPROICO	SUSPENSION 250MG/5ML	6 CC V.O	14-00



OBLIGACIÓN 2. Participar en la construcción, ejecución, seguimiento, fortalecimiento y ajuste de los Planes de Atención Individual (PAI), informes de seguimiento y conceptos sobre avances y logros de las personas con discapacidad, de acuerdo con los lineamientos técnicos institucionales.

UNIDAD OPERATIVA	CENTRO CRECER FONTIBÓN				
FECHA DE ELABORACIÓN	07	06	2024		
PAI INICIAL		AJUSTE AL PAI	X	ACTUALIZACIÓN AL PAI	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Nombres	NIKOL VANESA		Apellidos	ROZO ACERO	
Tipo ID.	TI	Número de Documento	1141714924		

Favorecer el desarrollo de habilidades cognitivas, comunicativas, sociales, emocionales, deportivas y ocupacionales en la participante, a través de actividades y talleres mediados por el uso de herramientas tecnológicas y dispositivos móviles que le permitan interactuar de manera efectiva en su entorno.	
CATEGORÍAS	
3. INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA.	Terapia Ocupacional:- Desarrollar y fortalecer habilidades individuales en independencia y autonomía promoviendo hábitos y rutinas en actividades básicas de la vida diaria, presentación personal, proceso de alimentación (manejo de cubiertos e higiene postural). Higiene menor (lavado de cara, manos y utilización adecuada de los elementos de aseo). -Fortalecer independencia y autonomía en actividades adaptativas, básicas e instrumentales de la vida diaria (tendido de cama, lavado de loza, doblado de prendas de vestir y preparación de alimentos sencillos) incrementando complejidad en el seguimiento de instrucciones -Desarrollar y fortalecer habilidades ejecutivas en relación a procesos de independencia, toma de decisiones, trabajo en equipo, adaptabilidad, resolución de situaciones cotidianas, Intencionalidad en la ejecución de actividades, que favorezcan la participación en el entorno educativo, deportivo cultural y familiar. -Participar en talleres que desarrollen habilidades ocupacionales y socio productivas que contribuyan al desarrollo personal, manejo del tiempo libre y proyecto de vida. Enfermería: mantener y/o fortalecer en el entorno familiar y educativo las habilidades de independencia y autonomía favoreciendo la práctica diaria del uso adecuado de los elementos de higiene (menor y mayor) el correcto uso del papel higiénico, adecuado lavado de manos, cepillado dental, baño diario, aseo y arreglo personal. -participar en los programas de promoción para la salud y prevención de la enfermedad que ofrecen su EPS y las demás entidades de salud teniendo en cuenta su grupo etario, cumplir citas médicas de control como, odontología, optometría, nutrición, medicina general. -Mantener en el entorno familiar y educativo hábitos de vida saludable incluyendo actividades físicas, recreativas, alimentación saludable y balanceada.

OBLIGACIÓN 3. Brindar atención a las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores.as, participantes del servicio, acorde a la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital y los lineamientos de la Subdirección para la Discapacidad.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO ACTA DE ATENCIÓN Y
SEGUIMIENTO FAMILIAR

Código: FOR-PSS-202

Versión: 0

Fecha: Memo Int. 61867 del
06/11/2018

Página: 1 de 2

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA
CENTRO CRECER FONTIBON

FECHA

25/06/2024

TIPO DE SEGUIMIENTO

TELÉFONICO

PRESENCIAL

X

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del referente familiar o social

Nombre de la persona con discapacidad

MONTA GARCIA GARCIA

Yordy Alejandro Gutierrez Garcia

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO

Se realiza recepción de soportes médicos del participante.

TEMAS ABORDADOS

- Se recibe por parte de referente familiar del participante Yordy Alejandro Gutierrez Garcia soportes médicos de consulta de valoración junta de medicina física y rehabilitación con fecha del 25/10/2023 5 folios.
- Se recibe soportes médicos de valoración por neuropsiquiatría del día 28/02/2024 último control en 05/2023. en manejo con fenobarbital x 10 mg 3 tabletas y 7/12 cada 12 horas, oxcarbazepina 4.5 cc cada 12 horas. total 3 folios.

COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL

Continuar con la entrega de soportes médicos de manera oportuna para el debido seguimiento y plan de manejo según recomendaciones e indicaciones médicas, Ajustar cambios en el estado de salud del participante.

OBLIGACIÓN 4. Realizar registro, actualización y revisión del seguimiento de enfermería y recepción, almacenamiento y acompañamiento durante la toma de los medicamentos, con estricto cumplimiento de las orientaciones establecidas por el INVIMA y buenas prácticas de preparación de los mismos, verificando la actualización según soportes médicos y registrando evidencia del procedimiento en los formatos establecidos.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-146

Versión: 0

Fecha: Memo INT18493-
09/04/2018

Página: 1 de 1

NOMBRE DEL SERVICIO: Centros Crecer

NOMBRE DEL CENTRO: Centro Crecer Fontibón

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	FECHA DE INGRESO	LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA
Samuel Steban Devia Rincon	1092108411	Risperidona 0195	Solución gotas 0.175 g/10 ml	1 frasco	19/06/2014	02044	201311-0004913-81	12/2016	EPC Sunitas	Carlos Mora Campos	Yolanda Rincón
Valery VUJOJ	1092108411	Acido Valproico	Suspensión de 250mg	1 frasco	24/06/2014	551520A	201204-000120A	10/2016	Campanja	Yolanda Rincón	Yolanda Rincón
Cristian Cabo	1016040938	Acido Valproico	Suspensión de 250mg	2 frascos	24/06/2014	ADP1120A	201204-000120A	12/2015	Capital Salud	Yolanda Rincón	Sonia Velandía
Cristian Cabo Velandía	1016040938	Risperidona	Tabletas 1mg	20 tabletas	24/06/2014	3A0629A	201111-0010066	01/2025	Capital Salud	Carlos Mora Campos	Sonia Velandía
Cristian Cabo Velandía	1016040938	Risperidona	Tabletas 1mg	20 tabletas	24/06/2014	3D1477A	201111-0010066	04/2025	Capital Salud	Carlos Mora Campos	Sonia Velandía

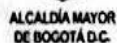
**FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

RG: ☐ Tt: ☐ CC: ☐

Centro Escolar Antihon
Christian Ronaldo Cons Victoria

[illegible]

OBLIGACIÓN 5. Participar y aportar en las reuniones de Plan de Saneamiento Básico y Plan de emergencias del servicio, de acuerdo a los lineamientos institucionales vigentes.



Página: 1 de 5

3. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar	3. Semana Uno							3. Semana Dos							3. Semana Tres							3. Semana Cuatro							3. Semana Cinco						
	del <u>3</u> al <u>7</u>							del <u>10</u> al <u>14</u>							del <u>17</u> al <u>21</u>							del <u>24</u> al <u>28</u>							del <u> </u> al <u> </u>						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
SERVICIO DE ALIMENTOS																																			
Pisos	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Paredes	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Techos	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Ventanas-anjeo	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Puertas	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Mesones	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Canecas	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Neveras	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Estufas	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Lavaplatos	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Congelador	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Canastillas	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Licuadaora	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Menaje	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Utensilios	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Frutas y verduras	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	
Abarrotes	NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1																	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO ACTA DE ATENCIÓN Y
SEGUIMIENTO FAMILIAR

Código: FOR-PSS-202

Versión: 0

Fecha: Memo Int. 61867 del
06/11/2018

Página: 1 de 1

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA CENTRO CRECER FONTIBON		FECHA 16/05/2024	TIPO DE SEGUIMIENTO TELEFONICO X	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre del referente familiar o social Mariluz Robayo Ortiz		Nombre de la persona con discapacidad Brayan stiven Hacheva		
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO Recepción de documentos de historia clínica para manejo y seguimiento.				
TEMAS ABORDADOS Se recibe soporte de fórmula médica de medicamento Brivaracetam solución oral 10 mg/ml frasco por 300 ml dar 10 cc cada 12 horas. medicamento que reemplaza al levetiracetam el cual venia tomando y se lo (cancelaron) suspendieron. se anexa soporte de fórmula médica. Diagnóstico epilepsia focal. -Risperidona jarabe 1 mg/ml frasco por 30 cc dar 1 cc en la mañana y 2 cc en la noche. fallo terapéutico.				
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL Continuar con la entrega de soportes de historia clínica para su respectivo seguimiento y manejo según indicaciones médicas y recomendaciones dadas				

OBLIGACIÓN 6. Gestionar y ejecutar acciones de articulación que favorezcan los procesos de inclusión y la ampliación de redes de las personas con discapacidad, sus familias y sus personas cuidadores en los diferentes entornos, de acuerdo con los lineamientos técnicos vigentes de la Subdirección para la Discapacidad.



OBLIGACIÓN 7. Implementar y reportar las acciones para dar cumplimiento a los planes de acción de las políticas públicas distritales, la Política Pública de Discapacidad para Bogotá y compromisos concertados en las acciones afirmativas, de acuerdo con los lineamientos institucionales y distritales vigentes.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO CRONOGRAMA SEMANAL PROFESIONALES CENTROS CRECER DOCUMENTO NO COTROLADO	Código:
		Versión: 0
		Fecha:
		Páginas: 1 de 3

Nombre del servicio	CENTROS CRECER	Fecha inicial	DIA	24	MES	06	AÑO 2024
Nombre de la unidad operativa	CENTRO CRECER FONTIBON	Fecha final	DIA	28	MES	06	AÑO 2024

NOMBRE DEL COMPONENTE	Habilidades básicas, pre vocacional 1, pre vocacional 2, fortalecimiento 1, fortalecimiento 2, vocacional
NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO	89

SEMANA DEL 27 DE MAYO AL 31 DE MAYO DEL 2024			
LUNES 24 DE JUNIO 2024	07:30 A 09:30	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA AREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: REVISIÓN CEFALOCAUDAL AL INGRESO DE LOS PARTICIPANTES A LA UNIDAD OPERATIVA, VERIFICACION DEL LAVADO DE MANOS, APOYO AL TIEMPO DE ALIMENTACION DE LAS NUEVES DE LOS PARTICIPANTES, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.
LUNES 24 DE JUNIO 2024	09:30 A 12:00	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA AREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: APERTURA REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA LA SALUD, CAMBIO DE PANAL, CONTROL DE ESFINTERES.
LUNES 24 DE JUNIO 2024	12:00 A 16:00	PROFESIONAL: AREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: APOYO ALIMENTACION ALMUERZO, SUPERVISION DE LAVADO DE MANOS, CAMBIO DE PANAL, CONTROL DE ESFINTERES, CIERRE DE REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA LA SALUD, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, APOYO ALIMENTACION REFRIGERIO, REVISION CEFALOCAUDAL A LA SALIDA DE LOS PARTICIPANTES DE LA UNIDAD OPERATIVA.
MARTES 25 DE JUNIO 2024	07:30 A 09:30	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA AREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: APOYO RECORRIDO RUTA CALI, REVISION CEFALOCAUDAL AL INGRESO DE LOS PARTICIPANTES A LA UNIDAD OPERATIVA, VERIFICACION DEL LAVADO DE MANOS, APOYO AL TIEMPO DE ALIMENTACION DE LAS NUEVES DE LOS PARTICIPANTES, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.
MARTES 25 DE JUNIO 2024	09:30 A 12:00	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA AREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: APERTURA REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA LA SALUD, CAMBIO DE PANAL, CONTROL DE ESFINTERES.

OBLIGACIÓN 8. Brindar los insumos de información con calidad y oportunidad, para la construcción de informes y documentos técnicos, apoyando la proyección de respuestas a requerimientos de los organismos públicos y privados, de carácter Nacional y Distrital, de control político, así como de la Ciudadanía, de acuerdo con los lineamientos institucionales vigentes.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS
SOCIALES

FORMATO REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES
DE CUIDADO PARA LA SALUD

Código: FOR-PSS-143

Versión: 0

Fecha: Memo INT18493 -
09/04/2018

Página: 1 de 2

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: Oscar Ivan Morales Caro

No. DE DOCUMENTO: 7034663573 TIPO: RC: ☐ TI: ☒ CC: ☐

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO CRECER FONTIBON

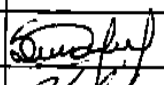
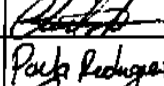
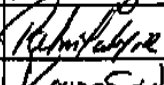
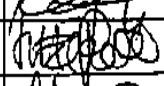
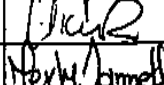
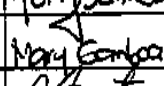
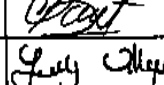
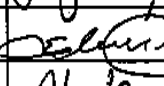
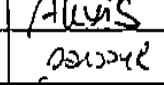
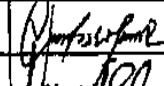
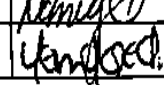
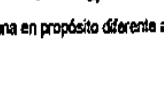
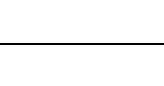
SERVICIO: CENTROS CRECER.

FECHA Y HORA (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)	ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS DURANTE LA ATENCIÓN (actividades y procedimientos)	NOMBRE, IDENTIFICACION Y FIRMA
05/06/2024 08:00 15:45	Se realiza exploración de condiciones físico-mentales en hallazgo a reportar — Se realiza exploración de condiciones físico-mentales en hallazgo a reportar —	Clara Mora 1.068.916.819 Clara Mora
06/06/2024 08:00 15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar — Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar —	Clara Mora 1.068.916.819 Clara Mora
12/06/2024 08:00 15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar — Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar —	Clara Mora 1.068.916.819 Clara Mora
13/06/2024 08:00 15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar — Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar —	Clara Mora 1.068.916.819 Clara Mora
17/06/2024 08:00 15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar — Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar —	Clara Mora 1.068.916.819 Clara Mora
18/06/2024 08:00 15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar — Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar —	Clara Mora 1.068.916.819 Clara Mora
19/06/2024 08:00 15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar — Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar —	Clara Mora 1.068.916.819 Clara Mora

OBLIGACIÓN 9. Asistir y aportar en las reuniones y actividades territoriales, convocadas por la ordenación del gasto, supervisión del contrato y la Subdirección para la Discapacidad.

 ALCALDÍA DE BOGOTÁ D.C. ALTERNATIVAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA	Código: FOR-GO-023 Versión: 1 Fecha: Mayo 2023023863 - 14/08/2023 Página: 1 de 1
--	--	---

1. Tema: Aten Técnica Visitas de la Salud Lugar: Biblioteca el Tintal 3. Fecha y hora: 19/06/2024 - 2:00 pm

4. Item	5. Nombres y Apellidos	6. Documento de identidad	7. Entidad o Dependencia	8. Rol / Cargo	9. Planta / Contratista	10. Correo electrónico	11. Teléfono y Ext. / Celular	12. Firma
1	Sara Calderón Melo	51709383	Centro Crecer Lavanda	Coordinadora	Contratista	scalderonm@disdis.gov.co	3203589401	
2	Claritza Perdomo Quorio	39289101	Centro Crecer Lavanda	Auxiliar Enfermería	Contratista	claritza1perdomo0@gmail.com	3508031699	
3	Paula Andrea Rodríguez	102659694	Centro Crecer Los Angeles	Enfermera	Contratista	pandierodriguez16201@gmail.com	3182638236	
4	Sancho (Alexis) Hernández	52013333	Centro Crecer, Kassel Unib	Auxiliar Enfermería	Contratista	philyndu0@hotmail.com	3007945362	
5	Yanna Alexandra Sánchez Ruiz	1000623029	Centro Crecer Bogotá Cibe	Auxiliar enfermería	Contratista	Yanna.Sanchez11112022@gmail.com	3006587693	
6	Monica Andrea Miranda L.	52746862	Centro Crecer Bogotá Cibe	Coordinadora	Contratista	MH.Miranda505@gmail.com	3003118100	
7	Camilo Torres Melina	80005854	CC Tejares	Aux Salud	Contratista	torres0777100@gmail.com	3152801633	
8	Leidy González Vargas Contr	1023941963	Centro Crecer Tejares	Enfermera	Contratista	garc21c@gmail.com	3144159410	
9	Nancy Pinzon	52356423	CC Puente Aranda	Coordinadora	Contratista	pinzonm21@gmail.com	3103295991	
10	Ayda Ulises Camacho	102796460	Centro Crecer Puente Aranda	Auxiliar de enfermería	Contratista	ulisescamacho@gmail.com	3025555581	
11	Merly Janneth Cuellar	39810492	Centro Crecer Los Angeles	Coordinadora de la salud	Contratista	merlyjannethcuellar@gmail.com	3118485863	
12	Mary Gabriela Rojas	1026262364	CC Martires	Aux enfermera	Contratista	judicthh@gmail.com	3132531669	
13	Daniela Lopez Fonseca	1007379222	CC Martires	Enfermera	Contratista	daniela.lopezfonseca2@gmail.com	3105555650	
14	Leidy P. Villegas Espitia	5289823	CC Martires	Coordinadora	Contratista	centrocrecermartiresdis2014@gmail.com	3247062069	
15	Eliona Pochan	39622395	CC Rincon	Enfermera	Contratista	elionapochan2@gmail.com	3202357989	
16	Alexis Bito	10922141	CC Puente Aranda	Auxiliar de enfermería	Contratista	bitobito03@gmail.com	3124289625	
17	Cassia Rodriguez Nivia	53061493	CC Rincon	Aux. enfermera	Contratista	ccassiajrn0213@gmail.com	3206267104	
18	Carla Osvaldo Rivas Rodriguez	1058916825	CC Fontibón	Enfermera	Contratista	carlaosvaldo@gmail.com	3202830402	
19	Nancy Obando Quiroz	51931916	CC Rincon	Aux Enferm	Contratista	nancyobando6880@gmail.com	3126107017	
20	Yanna Maria Ochoa	101016488	CC Fontibón	AUX Enfermera	Contratista	ysobando02@gmail.com	300031251	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA		Fecha: 21-06-2024
			Hora: 8:30
			Lugar: Centro de Desarrollo Comunitario - Fontibón
			Página: 1 de 1

1. Tema: Jornada Digital de Cuidados 2. Lugar: CDC. UPRONEN 3. Fecha y hora: 21-06-2024 8:30

Nº	Nombre	Celular	Centro	Edad	Profesión	Correo	Asistencia
1	Angela Velez	30233740	C.C. Fontibón	Coord. Acad.	Contratista	avebaco@radio.gov	3102314664
2	Yanelli Rosa Pérez	90-162747	C.C. Fontibón	Edu. Físico	Contratista	maurapobegand.com	311663409
3	Mari Daniela Gubao Ayala	103412490	Centro Crecer Fontibón	Psicóloga	Contratista	denibgarcia@gmail.com	312464478
4	Yanelys Rosales (Pelidori)	32151554	Centro Crecer Fontibón	Técnica de Enfermería	Contratista	Yanelys.Rosales@fontibon.com	311450728
5	Helen Montoya Ochoa	707076757	Centro Crecer Fontibón	Enfermera	Contratista	Helen.Montoya@fontibon.com	31444151
6	Maria Cruz Gámez	5246946	Centro Crecer Fontibón	Enfermera	Contratista	maria.cruz.gomez@gmail.com	32097511214
7	Carlos Eduardo Pérez	106897682	Centro Crecer Fontibón	Enfermera	Contratista	carlosmendez@gmail.com	320230102
8	JUAN HERNANDO DIAZ SA	79938534	C.C. Fontibón	TALLER MUSICA	Contratista	neo2502@gmail.com	317308760
9	Damaris Mayra Sánchez	102296077	C.C. Fontibón	Edu. especial	Contratista	damaris.mayra.sanchez@gmail.com	3139243621
10	Ara Rodríguez	62177279	C.C. Fontibón	Edu. Especial	Contratista	araquellarodriguez@gmail.com	3112107313
11	Diana H. Sánchez	52394661	C.C. Fontibón	Psicóloga	Contratista	dianahsanchez@gmail.com	3154121992
12	Laura Natalia Higuera	103321672	C.C. Fontibón	Edu. Especial	Contratista	laura.natalia.higuera@gmail.com	3133532284
13	Angie Alba Jiménez	1012417945	C.C. Fontibón	Técnica de Enfermería	Contratista	angiealba.jimenez@gmail.com	3045869737
14	Cindy Paob Moreno	103377892	C.C. Fontibón	Administrativa	Contratista	cindy.paob@gmail.com	3108862933

Centro crecer Fontibón

La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!

Registro de eventos

Invite a personas, recopile RSVP y personalice detalles para que coincidan con el tema de la fiesta.

Comenzar ahora

OBLIGACIÓN 10. Las demás que la Supervisión del Contrato le designe, conforme al objeto contractual, de acuerdo con los lineamientos institucionales vigentes.

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DIARIO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN RUTA SERVICIOS DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-643 Versión: 2 Fecha: Memo 12022032033 - 22/09/2022 Página: 1 de 1
---	---	---

FECHA: 20/06/2024

RUTA: ENGATIVA

No. DE PLACA WCW 932

No	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	HORA INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA	HORA SALIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA	OBSERVACIONES
1	Santa Linares López	6:55	<i>[Signature]</i>	17:09	<i>[Signature]</i>	
2	Claudia Milena Salamanca Quintero	7:04	S O C O R R O O V I T A	17:00	VICTOR TULIOS	
3	John Jairo Salamanca Quintero	7:04	S O C O R R O O V I T A	17:00	VICTOR TULIOS	
4	laura valentina gonzalez jimenez					
5	Fabian Andres Higuera					
6	Ángel Daniel Zarate Rivillas	7:14	<i>[Signature]</i>	16:43	JEAN PABLO	
7	Lousiana Alarcón Bustos	7:38	Angel Bustos	16:12	Angel Pablos	
8	Jonathan Matias Lopez Camero	7:49	Jonathan Camero	16:09	Jonathan Camero	
9	Sara Sofia Torres Posada		<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>	
10	Mathias Rodríguez Valbuena	7:48	Thon Rodriguez	16:05	Patricia	
11	Luciana Gabriela Hurtado Medina	7:55	<i>[Signature]</i>	15:59	Esmeralda	
12	Valeria Leandro Otálora	8:05	Helena Otálora	15:49	Helena Otálora	
13	Yordy Alejandro Gutiérrez García	8:09	Montse Garcia	15:52	MONTSE GARCIA	
14	Brayan Stiven Machuca Robayo		<i>[Signature]</i>			
15	Dilan Alec Rodriguez	8:10	<i>[Signature]</i>	15:50	<i>[Signature]</i>	
16	Fabian Alexis Gómez Escobar	8:10	Diana Gomez	15:45	Diana Gomez	
17	Nikol Vanessa Roza	8:18-10				
18	Maicol Orozco Ruidiaz	8:18	Robert Rosales	15:43	Robert Rosales	

campos obligatorios

NOMBRES DEL(OS) PROFESIONAL(ES) RESPONSABLES DE LA RUTA	CARGO O AREA INTEDISCIPLINAR	FIRMA DEL PROFESIONAL
<i>Carlos Mora</i>	Enfermero	<i>[Signature]</i>



FIRMA

CONTRATISTA: CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ

CC: 1068926823

EMAIL: CARLOSMORA012988@HOTMAIL.COM

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	20 días de tiempo transcurrido (6/06/2024 7:53:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	18 horas de tiempo transcurrido (26/06/2024 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	3.645.460 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐ ACTA DE INICIO FIRMADA CARLOS EDUARDO MORA RODRÍGUEZ.pdf	ACTA DE INICIO FIRMADA CARLOS EDUARDO MORA RODRÍGUEZ.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐ 8124_2024_CRP.pdf	8124_2024_CRP.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐ 8124_2024_ARL.pdf	8124_2024_ARL.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐ COMUNICADO DE INICIO DE REQUISITOS DE EJECUCION 8124-8143_2024 (1).pdf	COMUNICADO DE INICIO DE REQUISITOS DE EJECUCION 8124-8143_2024 (1).pdf	Comprador	Descargar Detalle

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	16/05/2024	77085480	\$465.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.300	0		0		0	0	0	0	200.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	256.400	0	0	0	0	0	0		256.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.300	200.300
Pensión	1	256.400	256.400
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	465.100	465.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1068926823	CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ		TV 81 BIS NO 34 A 18 A SUR	3202830402	carlosmora012988@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-05	2024-05	I	16/05/2024	77085480	\$465.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	VAP	VCT	IBL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1068926823	MORA RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO	59	0			N																		230301	1.602.400	256.400	0	0	0	0	EPS008	1.602.400	200.300	14-23	1.602.400	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



PSE Transacción Aprobada - CUS 643095227

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: carlosmora012988@hotmail.com

jue., 16 de may. de 2024 a la hora 1:34 p. m.



¡Hola, Carlos Eduardo Mora Rodrigues!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO AV VILLAS y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** 
CUS: 643095227
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 465.100
Fecha de Transacción: 16/05/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1068926823, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230620	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Junio de 2.024

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
25268680

CER-AFI

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.068.926.823**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Junio del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.