

BITACORA MENSUAL DE EVIDENCIAS		
CONTRASTISTA	CARLOS EDUARDO MORA RODIRGUEZ	
CEDULA DE CIUDADANIA	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	06/07/2024	
FECHA DE FINALIZACIÓN	05/12/2024	
PERIODO DEL INFORME	01/07/2024 AL 30/07/2024	
EJECUCIÓN	FINANCIERA% 14	FÍSICA% 31

OBLIGACIÓN 1. Caracterización e identificación Realizar la de las necesidades de la población, aplicando las técnicas einstrumentos 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	PRESENTACIOM	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.

FECHA: 12/07/2024

ESTUDIO DE CASO DEBIDO A:

X Definición de plan de atención individual.

- Situaciones que alteran la dinámica personal e institucional.
- Finalización del proceso de atención – plan cumplido.
- Incumplimiento de alguno de los criterios de ingreso establecidos en la resolución de criterios vigente.
- Traslado de centro o unidad operativa.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
CENTRO: CENTRO CRECER FONTIBÓN		N°. DEL CONTRATO O CONVENIO: 8047
NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: YORDY ALEJANDRO GUTIERREZ GARCIA		
EDAD: 16 AÑOS		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: BOGOTÁ DC, 12/03/2008
DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD: DISCAPACIDAD MÚLTIPLE		
DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS: HIDROCEFALIA CON DVP, EPILEPSIA FOCAL SINTOMÁTICA Y CUADRI-PARESIA, PARÁLISIS CEREBRAL		
DIAGNÓSTICO SOCIAL: Familia tipo nuclear conformada por John Gutiérrez de 38 años y Mónica García de 35 años quienes son padres de Karol Lorena Gutiérrez de 12 años y Yordy Gutiérrez de 15 años con discapacidad. Los padres son garantes de los derechos de Yordy, existen canales de comunicación, brindan estabilidad emocional, física y económica.		
2. DATOS DE INGRESO	FECHA DE INGRESO A LA SDIS:	06/07/2023
	FECHA DE INGRESO AL PROYECTO:	06/07/2023
	FECHA DE INGRESO AL CENTRO:	06/07/2023
3. OBJETIVO DEL ESTUDIO DE CASO: Identificar en el participante sus habilidades y destrezas, con el fin de implementar el plan de atención individual que promueva su inclusión efectiva, con apoyo de los referentes familiares, teniendo en cuenta sus necesidades particulares.		

4. INFORME POR LINEAS DE ACCIÓN
4.1. DESARROLLO DE HABILIDADES Y CAPACIDADES INDIVIDUALES: Enfermería: Yordy se encuentra afiliado en el sistema general de seguridad social en salud EPS COMPENSAR se encuentra activo hasta la fecha verificado en el comprobador de derechos, cuenta con los siguientes diagnósticos: discapacidad múltiple, epilepsia, parálisis cerebral, hidrocefalia, cuenta con tratamiento farmacológico el cual es suministrado en casa la cuidadora informa que asiste a los diferentes controles médicos por especialistas de neurología, psiquiatría, rehabilitación entre otros y posterior a estos, hace entrega de los respectivos soportes, el participante ha presentado buen estado de salud durante el periodo no ha presentado hospitalizaciones ni incapacidades al respecto

UNIDAD OPERATIVA	CENTRO CRECER FONTIBÓN				
FECHA DE ELABORACIÓN	01	07	2024		
PAI INICIAL		AJUSTE AL PAI		X	ACTUALIZACIÓN AL PAI
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Nombres	CHRISTIAN RONALDO			Apellidos	MENDIVELSO URREA
Tipo ID.	TI	Número de Documento	1016038922		

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 en actividades básicas de la vida diaria, (higiene, alimentación y vestido) donde haga parte de la actividad, fortaleciendo el agarre de objetos de uso cotidiano, al igual que la identificación y uso, brindándole los apoyos y ajustes que requiere para ejecutar la acción.

-Desarrollar habilidades adaptativas básicas de la vida diaria en autocuidado y vida en el hogar con apoyo (actividades de vestido y desvestido, apertura y cierre de broches, tendido de cama) promoviendo seguimiento de instrucciones y la tolerancia a actividades

-Desarrollar y fortalecer habilidades blandas que generen de independencia, promoviendo adaptación, Intencionalidad en la ejecución de actividades, a través de juegos de roles

-Desarrollar y fortalecer habilidades sensoriomotoras que fortalezcan adaptación en el entorno, afianzando la recepción procesamiento y respuesta a estímulos sensoriales.

Desde enfermería se busca Fortalecer la práctica diaria del uso adecuado de los elementos de higiene, establecer rutinas, en el caso de Cristian apoyar en el cambio y uso de pañal de acuerdo sus necesidades biológicas, apoyar el lavado de manos dentro de la unidad operativa, hacer seguimiento a las actividades como son cepillado dental, baño diario, aseo y arreglo personal. Fomentar el autocuidado de las rutinas establecidas aplicadas en el centro crecer durante la permanencia para que sean aplicadas en el entorno familiar.

fisioterapia: Cristian es un niño quien a la valoración de postura se encuentra con una hipercifosis dorsal leve realiza esfuerzo para movilizar la silla esto aumentara su curvatura a medida del crecimiento y el desarrollo se evidencia atrofia muscular en miembros inferiores debido a secuelas de la patología de base con presencia de espasticidad se evidencia férula en miembro inferior tono muscular alterado por espasticidad en miembros inferiores se requiere fortalecimiento y retroalimentación de posicionamiento en silla de ruedas con el fin de mejorar la higiene postural del menor , posible adaptación de silla de ruedas que se acomode a las necesidades del niño se requiere fortalecer miembros superiores .

FECHA: DD MM AAAA

ESTUDIO DE CASO DEBIDO A:

- X Definición de plan de atención individual.
- Situaciones que alteran la dinámica personal e institucional.
 - Finalización del proceso de atención – plan cumplido.
 - incumplimiento de alguno de los criterios de ingreso establecidos en la resolución de criterios vigente.
 - Traslado de centro o unidad operativa.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
CENTRO: CENTRO CRECER FONTIBÓN		N°. DEL CONTRATO O CONVENIO: 7771
NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: OSCAR SANTIAGO ACOSTA BRITO		
EDAD: 09 AÑOS		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: BOGOTÁ DC, 26/08/2014
DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD: DISCAPACIDAD MÚLTIPLE		
DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS: NO APLICA		
DIAGNÓSTICO SOCIAL: Familia monoparental conformada por el Sr. Oscar Acosta padre de Oscar Acosta Brito, solo cuenta con una red de apoyo que es su madre quien está a cargo del cuidado de su hijo. La madre de Oscar está en un postoperatorio y por eso no está al cuidado permanente de su hijo pero económicamente responde. Las condiciones habitacionales son óptimas. Familia garante de derechos.		
2. DATOS DE INGRESO	FECHA DE INGRESO A LA SDIS:	DD MM AAAA
	FECHA DE INGRESO AL PROYECTO:	DD MM AAAA
	FECHA DE INGRESO AL CENTRO:	DD MM AAAA
3. OBJETIVO DEL ESTUDIO DE CASO: Identificar en el participante sus habilidades y destrezas, con el fin de implementar el plan de atención individual que promueva su inclusión efectiva, con apoyo de los referentes familiares, teniendo en cuenta sus necesidades particulares.		
4. INFORME POR LINEAS DE ACCIÓN		
Enfermería: Oscar Santiago se encuentra afiliado hasta la fecha EPS Salud Total diagnósticos: retraso en el desarrollo por alteración cromosómica, hipotonía generalizada, retraso cognitivo moderado, estreñimiento crónico, cuenta con tratamiento farmacológico levetiracetam cada 8 horas 3,5 cc el cual es administrado en casa bajo formula medica asiste de manera periódica a los diferentes controles por medicina general y psiquiatría se le refiere a la referente familiar que es importante cuando el participante tenga controles hacer llegar los soportes al servicio, no controla esfínteres uso de pañal permanente durante la revisión céfalo-caudal no se evidencia alteraciones en las partes de su cuerpo último control médico pediatría seguimiento especial cada 3 meses, pendiente consultas de control por pediatría, neumología, nutrición, crecimiento y desarrollo, genética y cardiología. Cuenta con esquema de vacunas completo, no ha presentado alteraciones en su estado de salud en los últimos meses, es alérgico a la oxcarbazepina, última convulsión hace 2 años, no tiene antecedentes familiares.		

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 1

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA		FECHA	TIPO DE SEGUIMIENTO	
CENTRO CRECER FONTIBON		12/09/2024	TELEFONICO	PRESENCIAL
				X
DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre del referente familiar o social		Nombre de la persona con discapacidad		
Nubia Consuelo Cuellar		Maria fernanda Borda		
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO				
Se realiza recepción de soportes médicos de la participante.				
TEMAS ABORDADOS				
- Se recibe soporte de consulta por especialista de neurología con fecha del día 27 de junio del 2024 la cual fue remitida por pediatría. - Plan: indica forma de resonancia cerebral evaluación audiométrica, optométrica, perfil tiroideo amonio, lacteo. solicitud de valoración por psiquiatría pediátrica y reinicio de terapias integrales. - recibe soporte de valoración de evaluación neuropsicológica con fecha del 21/02/2024. total y folios.				
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL				
Continuar con la entrega de soportes médicos para seguimiento y plan de manejo buscar cambios en el estado de salud de la participante y tratamientos farmacológicos.				

Firma del referente familiar o social

No. ID.

1.014.146 PES Btd
Nubia Cuellar Bti

Firma Profesional Carina Mora

No TP. 1.068.926.823

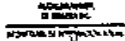
OBLIGACIÓN 4. Realizar registro, actualización y revisión del seguimiento de enfermería y recepción, almacenamiento y acompañamiento durante la toma de los medicamentos, con estricto cumplimiento de las orientaciones establecidas por el INVIMA y buenas prácticas de preparación de los mismos, verificando 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
Maria Jose Rios Rivera	1087603111	lacosamide	tabletas 50 mg	28 tabletas	09/07/24	16AT12A	2020M 0019982	May 20 2026	Sanitas	Carlos Mora	Diana Rios
Cristian Ronaldo Cobo Velazquez	1016040938	Tiazadona	Tabletas 50 mg	20 tabletas	09/07/24	720A49V1	2021M 000342-22	11/2025	Capital Salud	Carlos Mora	Sonia

**FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:**

№ DE DOCUMENTO 747-51725

RC ☐ TC ☐ CC ☐

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

[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.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068
		Versión: 1
		Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018
		Página: 1 de 5

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Crecer Fontibón																																			
MES: Julio														AÑO: 2024																					
2. Nombre del responsable del diligenciamiento: Karen Gómez G – Carlos Eduardo Mora S																																			
4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar	3. Semana Uno							3. Semana Dos							3. Semana Tres							3. Semana Cuatro							3. Semana Cinco						
	del 1 al 5							del 8 al 12							del 15 al 19							del 22 al 26							del 29 al 31						
	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		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Paredes	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Techos	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Ventanas-anjeo	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Puertas	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Mesones	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Canecas	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Neveras	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Estufa	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Lavaplatos	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Congelador	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Canastillas	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Licuadora	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Campana Extractora	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Menaje	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Utensilios	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Frutas y verduras	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		
Abarrotes	NA	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1																		

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL										Código: FOR-PSS-298	
FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA CAPACITACIÓN										Versión: 0	
										Fecha: Marzo 2019030000 - 20092019	
										Página: 1 de 1	
FECHA: 09/07/2024			POBLACION OBJETO: Tolento humero				SERVICIO SOCIAL: C. Crear Fontibon				
TEMA: Plan de Saneamiento Basico 2024			Nº PERSONAS CAPACITADAS:				TOTAL HORAS: 144 V.V				
PROFESIONAL RESPONSABLE: Karen Gomez G			PROFESIÓN Y DEPENDENCIA: Nutricionista, Subd. Discapac.								
Nº	LOCALIDAD	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD	SEXO		FIRMA
									F	M	
1	Fontibon	EC	80122000	Fabi	Yuseth	Tan	Ruano	41		X	
2	Fontibon	CC	103471940	Mari	Daniel	Salas	Araya	26	X		
3	Fontibon	CC	1033916122	Laura	Marta	Higuera	Cabrera	26	X		
4	Fontibon	C.C.	52459467	Maria	Cruz	Garcia	Sanchez	42	X		
5	Fontibon	CC	102417945	Angie	Vanessa	Adila	Jimenez	28	X		
6	Fontibon	CC	52151534	Yenny	Marcela	Rebela	Rojas	44	X		
7	Fontibon	CC	10165503	Kim	Martha	Ojeda	Castro	37	X		
8	Fontibon	CC	62794621	Martha	Yuliana	Ortiz	Torres	42	X		
9	Fontibon	CC	102072079	Ana	Yuli	Rodriguez	Ramon	37	X		
10	Fontibon	C.C.	1022960319	Daniela		Mosquera	Sanchez	34	X		
11	Fontibon	CC	5003540	Angela	Rafael	Alonso	Morales	40	X		
12	Fontibon	CC	100092633	Carla	Esteban	Hora	Rodriguez	31		X	
13	Fontibon	CC	102071002	Cindy	Paola	Herrera	Ortiz	28	X		
14	Fontibon	CC	112766161	Elisaveth		Morales	Lozano	26	X		
15	Fontibon	CC	1033430961	Modelme		Mora	Correa	36	X		
16	Fontibon	C.C.	64524457	Elisaveth		Berrio	Diaz	42	X		
17	Fontibon	CC	51946979	Elisaveth		Ramirez	Barrios	51	X		
18	Fontibon	C.C.	52874910	Diana	Marcela	Urdaneta	Puentes	42	X		
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual, es un deber y un compromiso de los participantes de la SDMS, no divulgar información alguna en propósito diferente al 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

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.



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 22/07/2024	TIPO DE SEGUIMIENTO TELÉFONICO PRESENCIAL	
			X	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre del referente familiar o social		Nombre de la persona con discapacidad		
Yenifer Marcda Abello.		Cristian David Garzon Abello		
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO				
Realizar orientación por parte del área de Salud y Terapia Ocupacional en hábitos y rutinas de higiene				
TEMAS ABORDADOS				
Se realiza intervención con la referente Familiar del participante Cristian Garzon Para orientar frente hábitos de higiene teniendo en cuenta que por las adecuaciones de la casa y que se requiere de mayor apoyo para que el joven ingrese al baño. la mama realiza limpieza en cama. Se sugiere bañar al participante todos los días en la noche en la ducha y realizar una limpieza general en las mañanas. Ya que solo lo estan bañando en la ducha los fines de semana y presenta en ocasiones olor concentrado que puede afectar la relación con pares. Adicionalmente se informa la importancia del proceso terapéutico para hacer un reentrenamiento y ejercer el máximo de independencia.				
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL				
- Mantener control medico - Fortalecer hábitos de higiene. - Mantener proceso terapéutico				

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:
		Página: 1 de 3

Nombre del servicio	CENTROS CRECER	Fecha inicial	DIA	22	MES	07	AÑO 2024
Nombre de la unidad operativa	CENTRO CRECER FONTIBON	Fecha final	DIA	26	MES	07	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 22 DE JULIO AL 26 DE JULIO DEL 2024			
LUNES 22 DE JULIO 2024	07:30 A 09:30	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA ÁREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: 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.
LUNES 22 DE JULIO 2024	09:30 A 12:00	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA ÁREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: APERTURA REGISTRO DIARIO ACTMIDADES DE CUIDADO PARA LA SALUD, CAMBIO DE PANAL, CONTROL DE ESFINTERES.
LUNES 22 DE JULIO 2024	12:00 A 16:00	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA ÁREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: SUPERVISION DE LAVADO DE MANOS, CAMBIO DE PANAL, CONTROL DE ESFINTERES, CIERRE DE REGISTRO DIARIO ACTMIDADES DE CUIDADO PARA LA SALUD, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, APOYO ALIMENTACION REFRIGERIO, REVISION CEFALOCAUDAL A LA SALIDA DE LOS PARTICIPANTES DE LA UNIDAD OPERATIVA.
MARTES 23 DE JULIO 2024	07:30 A 09:30	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA ÁREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: 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 23 DE JULIO 2024	09:30 A 12:00	PROFESIONAL: CARLOS EDUARDO MORA ÁREA: CUIDADOS PARA LA SALUD	ACTIVIDAD: APERTURA REGISTRO DIARIO ACTMIDADES 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: DAVID JULIO BAUTA CHAVEZ

No. DE DOCUMENTO: PPT 5799190 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
02/07/2024 8:00	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	
15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Uem407eda 707076353 Uem407eda
03/07/2024 8:00	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	
15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Uem407eda 707076353 Uem407eda
05/07/2024 8:00	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	
15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Uem407eda 707076353 Uem407eda
08/07/2024 8:00	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Mary Gomez 524697167 Mary Gomez
15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	
09/07/2024 8:00	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	
15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Uem407eda 707076353 Uem407eda
10/07/2024 8:00	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	
15:45	Se realiza exploración de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Uem407eda 707076353 Uem407eda

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

Org realiza el corte

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL		PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA		Código: FOR-00-003 Versión: 2 Fecha: Mayo (2024) 18/03 - 12/07/2024 Página: 1 de 1					
1. Tema: <u>Jornada de Cualificación profesional</u>		2. Lugar o Localidad o Sede: <u>Centro Crecer Futuro</u>		3. Fecha y hora: <u>19-07-2024</u>					
4. Nombre responsable: <u>Angela Patricia Velasco</u>		5. Dependencia responsable: <u>Subdirección para la discapacidad</u>							
6. Item	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad		9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono y Ext. / Celular	14. Firma
		8.1 Tipo	8.2 Número						
1	Domaris Mosquera Sánchez	C.C.	1027960313	C.C.F.	Educadora especial	Contratista	domarismosquerasanchez20@gmail.com	313424362	<i>Domaris</i>
2	Francely Rodríguez Rincón	CC	102026749	C.C.F.	Educadora Especial	Contratista	francely.rodriguez@cijsocial.gov.co	3112107313	<i>FRANCELY</i>
3	María Helena Sánchez T.	CC	52494604	CCF.	Psicóloga	Contratista	mh.sanchez@cijsocial.gov.co	3154431099	<i>Maria Helena</i>
4	JOHAN RAFAEL DIAZ SANCHEZ	CC	79938534	C.C.F.	TALLER MÚSICA	Contratista	neo2502@gmail.com	3177308260	<i>Johan</i>
5	MARY CECIL GARCIA SANCHEZ	CC	52469462	C.C.F.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONTRATISTA	marygarcia@gmail.com	3209250242	<i>Mary Garcia</i>
6	Argie Adila Jimenez	CC	1022417945	C.C.F.	Taller Social	Contratista	argieadila96@gmail.com	3045669777	<i>Argie</i>
7	Yenny Ivan Ramirez	CC	80161242	C.C.F.	Edu. Fisico	Contratista	yennyivanramirez@gmail.com	3112683404	<i>Yenny</i>
8	Yenny Marcela Pulido Reyes	CC	52151554	Centro Crecer Futuro	Temperatura Emocional	Contratista	yenny.pulido@hotmail.com	3114503256	<i>Yenny</i>
9	Yenny Maritza Ochoa Quintana	CC	70705899	CCF	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Contratista	yenny.ochoa@gmail.com	3114441151	<i>Yenny</i>
10	Laura Natalia Herrera Cabrera	CC	1073716172	C.C.F.	Educadora Especial	Contratista	lherrera@cijsocial.gov.co	3153523289	<i>Laura</i>
11	Carlos Eduardo Mora Rodríguez	CC	108926823	CCF	Enfermero	Contratista	carlosmora@gmail.com	3202830402	<i>Carlos</i>
12	Grady Paola Moreno Ortiz	CC	103398902	C.C.F.	Administrativo	Contratista	grady23@gmail.com	3108962973	<i>Grady</i>
13	Angela Velasco	CC	82313740	C.C.F.	Coordinador	Contratista	avelasco@cijsocial.gov.co	3100314664	<i>Angela</i>
14	Mary Daniela Gueho Ayala	CC	1031171990	Centro Crecer Futuro	Psicóloga	Contratista	mdgueho57@gmail.com	3123464479	<i>Daniela G.</i>
15	Karen Gomez Gomez	CC	39762905	Subd. para Discapacidad	Nutricionista	Contratista	karen.gomez.g@gmail.com	3123513312	<i>Karen</i>
16									
17									
18									
19									
20									

Tratamiento de datos personales "En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social - SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía"

Toda actividad realizada de manera voluntaria debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

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.

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

FECHA: 17/07/2024 RUTA: ENGATIVA No. DE PLACA WCV 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	Sarita Linares López	06:50	Sarita Linares	17:05	Donna / ps	
2	Claudia Milena Salamanca Quintero	06:55	Victor Jolpes	16:52	Victor Jolpes	
3	John Jairo Salamanca Quintero	06:55	Socorro O Villegas	16:53	Victor Jolpes	
4	Laura Valentina Gonzalez Jimenez		Socorro O Villegas			
5	Fabian Andres Higuera					
6	Angel Daniel Zarate Rivillas					
7	Lousiana Alarcón Bustos					
8	Jonathan Matias Lopez Camero					
9	Sara Sofia Torres Posada	8:20	Sara Torres	3:16	Sara Torres	
10	Mathias Rodríguez Valbuena	10:30	Patricia	16:12	Patricia	
11	Luciana Gabriela Hurtado Medina	08:00		16:01		
12	Valeria Leandro Otálora					
13	Yordy Alejandro Gutiérrez García	07:53	Mónica García	15:54	Mónica García	
14	Brayan Stiven Machuca Robayo	17:30	William Alfaro	3:54	William Alfaro	
15	Dilan Alec Rodriguez	8:53	Patricia	15:57	Patricia	
16	Nikol Vanessa Rozo	08:00	Nikol Rozo	15:46	Nikol Rozo	
17	Maicol Orozco Ruidiaz	08:00	Robert Rosales	15:46	Robert Rosales	
18	Laura Valentina Gonzalez	06:58	Diana Garcia	16:53	Diana Garcia	

campos obligatorios

NOMBRES DEL(OS) PROFESIONAL(ES) RESPONSABLES DE LA RUTA	CARGO O AREA INTEDISCIPLINAR	FIRMA DEL PROFESIONAL
Carlos Eduardo Torra Rodriguez		

_____

FIRMA

CONTRATISTA: CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ

CC: 1068926823

EMAIL: CARLOSMORA012988@HOTMAIL.COM

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-06	2024-06	I	20/06/2024	78037804	\$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
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
					TOTAL A PAGAR
2024-06	2024-06	I	20/06/2024	78037804	\$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 exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOA	IOB	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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

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.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
78037804	20/06/2024				EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-06	2024-06	N	25/07/2024	78931969	TOTAL A PAGAR
\$43.700					

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	18.500	0		0		0	17	300	0	18.800	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	23.600	0	0	0	0	17	400	0	24.000	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	800				800	17	100	900			8	900	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	17	0	0	0
ICBF				
0	17	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	18.500	18.800
Pensión	1	23.600	24.000
Riesgos Laborales	1	800	900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	42.900	43.700

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
78037804	20/06/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-06	2024-06	N	25/07/2024	78931969	\$43.700

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 exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1.750.000	280.000	0	0	0	0	EPS008	1.750.000	218.800	14-23	1.750.000	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



PSE Transacción Aprobada - CUS 718384696

1 mensaje

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

jue., 20 de jun. de 2024 a la hora 11:38 a. 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: 718384696

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 465.100

Fecha de Transacción: 20/06/2024

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 23 días del mes de Julio 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
25519904

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 23 de Julio 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.



 PSE Transacción Aprobada - CUS 799742752

1 mensaje

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

jue., 25 de jul. de 2024 a la hora 3:01 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: 799742752
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 43.700
Fecha de Transacción: 25/07/2024

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



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

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	6/06/2024 7:53:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	26/06/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	3.645.460 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	27 días de tiempo transcurrido (1/07/2024 10:42:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	3 días de tiempo transcurrido (25/07/2024 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.374.552 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
☐ DESIGNACION APOYO A LA SUPERVISION CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ_signed.pdf	DESIGNACION APOYO A LA SUPERVISION CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ_signed.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ InfEjec-8124-2024-informe1.pdf	InfEjec-8124-2024-informe1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ InfSup-8124-2024-informe1.pdf	InfSup-8124-2024-informe1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar