

BITACORA MENSUAL DE EVIDENCIAS		
CONTRASTISTA	CARLOS EDUARDO MORA RODIRGUEZ	
CEDULA DE CIUDADANIA	1068926823	
NUMERO DE CONTRATO	8124	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMEROA PARA REALIZARLOS 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	01/08/2024 AL 30/08/2024	
EJECUCIÓN	FINANCIERA% 31	FÍSICA% 47

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	PRESENTACION	DOSIS /VIA	HORA DE ADMINISTRACION
SARITA LINARES	LACOSAMIDA	TABLETA 100 MG	1/2 TABLETA V.O	14-00
SARITA LINARES	TOPRAMATO	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	5 CC V.O	14-00
BRAYAN MACHUCA	LEVETIRACETAM	SOLUCION 100MG/1ML	5 CC V.O	14-00
VALERY VIVAS	ACIDO VALPROICO	SUSPENSION 250MG/5ML	5 CC V.O	14-00

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

Fecha: 16/08/2024

Estudio de caso:

Definición de plan de atención individual	X	Cumplimiento de alguno de los criterios de egreso establecidos en la resolución de criterios vigente	
Situaciones que alteran la dinámica personal e institucional		Traslado de centro, unidad operativa o cambio de servicio	
Finalización del proceso de atención – plan cumplido.		Otro ¿Cuál?	

1. Datos de identificación		
Servicio: CENTROS CRECER	N°. del contrato o convenio: 8047 GENERACIÓN DE RESPUESTA INTEGRADAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA Y LA PREVENCIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA Y DISCRIMINACION EN BOGOTA D.C.	
Centro: CENTRO CRECER FONTIBÓN		
Nombre de la persona con discapacidad: CRISTIAN RONALDO COBO VELANDIA		
Edad: 14 AÑOS	Lugar y fecha de nacimiento: BOGOTÁ DC, 26/11/2009	
Diagnóstico de discapacidad: INTELECTUAL		
Diagnósticos asociados: EPILEPSIA		
Diagnóstico social: Familia monoparental con jefatura femenina donde la madre es garante de derechos del participante. Cuenta con condiciones habitacionales óptimas, no tiene red de apoyo familiar y aunque se evidencian débiles figuras de autoridad con el adolescente ya que la madre está ausente en varias ocasiones por su trabajo debido a que sus condiciones económicas son frágiles.		
2. Datos de ingreso	Fecha de ingreso a la SDIS:	10/08/2017
	Fecha de ingreso al servicio	10/08/2017
	Fecha de ingreso al centro:	10/08/2017
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 líneas de acción.		
4.1. Desarrollo de habilidades y capacidades individuales:		
Enfermería: Cristian se encuentra activo en su EPS capital salud verificado en el comprobador de derechos, el cual asiste de manera periódica a los diferentes controles médicos por medicina general, psiquiatría pediátrica, neumología referente familiar es corresponsable en cuanto a la entrega de los soportes médicos, se encuentra con tratamiento farmacológico levomepromazina, oxcarbazepina, risperidona, trazodona tratamiento que es suministrado en casa y en la unidad operativa, pendiente junta médica para definir psicocirugía. Durante la revisión cefalocaudal que se realiza cuando asiste a la unidad operativa, no se observa alteraciones en las partes de su cuerpo ingresa en buenas condiciones de higiene personal y debido al margen terapéutico a modulado sus cambios comportamentales, se le realiza acompañamiento a los controles de psiquiatría desde el área de cuidados para la salud.		

UNIDAD OPERATIVA	CENTRO CRECER FONTIBÓN				
FECHA DE ELABORACIÓN	20	08	2024		
PAI INICIAL		AJUSTE AL PAI	X	ACTUALIZACIÓN AL PAI	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Nombres	DILAN ALEC		Apellidos	RODRIGUEZ ORTIZ	
Tipo ID.	PPT	Número de Documento	1152650		

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.	Desde enfermería se quiere Fortalecer la práctica diaria del uso adecuado de los elementos de higiene, establecer rutinas, en el caso de Dilan Alec 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 rutinas del cuidado establecidas y aplicadas en el centro crecer durante la permanencia para que sean replicadas en el entorno familiar.

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	FECHA		
CENTRO CRECER FONTIBÓN	29	07	2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			
ACOSTA	BRITO	OSCAR SANTIAGO			
LUGAR DE NACIMIENTO				FECHA DE NACIMIENTO	
DEPARTAMENTO	CIUDAD	MUNICIPIO			
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ		26	08	2014
TIPO DE DISCAPACIDAD	EDAD	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO		
MÚLTIPLE	9 AÑOS	T.I	1029152327		
DATOS DE UBICACIÓN					
LOCALIDAD	BARRIO	ESTRATO	DIRECCIÓN		
KENNEDY	VILLA LILIANA	2	KR 80D #16-37		
TIEMPO DE ESTADÍA	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR			
3			3224069066		

AUXILIAR DE ENFERMERIA		
ASPECTOS DE SALUD		
Tipo de Afiliación a Seguridad Social en Salud		
¿Está afiliado a salud? x Sí ☐ No	Tipo de régimen Régimen contributivo ☐ Régimen subsidiado ☐ Régimen especial	Tipo de afiliación ☐ Cotizante x Beneficiario
Nombre entidad prestadora de salud		
Salud Total		

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. 61887 del 06/11/2018
		Página: 1 de 2

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA CENTRO CRECER FONTIBÓN	FECHA 20/08/2024	TIPO DE SEGUIMIENTO TELEFONICO PRESENCIAL	
		X	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social		Nombre de la persona con discapacidad	
María Patricia Ortiz		Brayan Steven Pacheco R.	
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
Se realiza recepción de copias médicas del participante para respectivo seguimiento.			
TEMAS ABORDADOS			
- Recibo Resumen de historia clínica del participante con fecha de atención 20/08/2024 junta médica tipo de junta médica trastorno de neurodesarrollo modalidad presencia-control - Concepto y recomendaciones: Continuar superidona - Euperdal reordenamiento brivaracetam de fórmula de neuropediatría marzo 2024. - Recomiendan dar Euperdona genérico en caso de antes de pensar cambiar la molécula por deca bastecimiento - Renovación de orden médica para adaptación de ortesis tobillo. - orden de cita por neuropediatría - orden de cita de psiquiatría inf. en 6 meses - control junta médica en 1 año. - se entregan 2 folios.			

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.



FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

RC: ☐ T: ☒ CC: ☐

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)																										
	01/03/2024			02/03/2024			03/03/2024			04/03/2024			05/03/2024			06/03/2024			07/03/2024			08/03/2024			09/03/2024		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Oxcarbazepina V.O 800 300mg s/c 300 mg/5ml 100ml frasco c/bn																											



SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-146

1 Versión: 0

Fecha: Memo INT18493 -
09/04/2018

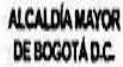
Página: 1 de 1

NOMBRE DEL SERVICIO: Centros Crecer

NOMBRE DEL CENTRO: Centro Crecer con fe

[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.



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: AGOSTO AÑO: 2024

2. **Nombre del responsable del diligenciamiento:** Karen Gómez G – Carlos Eduardo Mora

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>1</u> al <u>2</u>							del <u>5</u> al <u>9</u>							del <u>12</u> al <u>16</u>							del <u>19</u> al <u>23</u>							del <u>26</u> al <u>30</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				1	1		1	N/A							1	1	1	1	1			NA	1	1											
Paredes				1	1		1	N/A							1	1	1	1	1			NA	1	1											
Techos				1	1		1	N/A							1	1	1	1	1			NA	1	1											
Ventanas-anjeo				1	1		1	N/A							1	1	1	1	1			NA	1	1											
Puertas				1	1		1	N/A							1	1	1	1	1			NA	1	1											
Mesones				1	1		1	N/A							1	1	1	1	1			NA	1	1											

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	FECHA	TIPO DE SEGUIMIENTO	
CENTRO CRECER FONTIBON	20/08/2024	TELEFONICO	PRESENCIAL
			X

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre del referente familiar o social	Nombre de la persona con discapacidad
Hariluz Robayo	Brayan Stiven Hachuca Robayo

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO
Realizar orientación frente a procesos de independencia desde el área de salud y Terapia Ocupacional

TEMAS ABORDADOS
Se realiza intersección con la referente familiar para mantener hábitos y rutinas en casa que favorezcan procesos de independencia, tolerancia y adaptación en el entorno. Diariamente fortalecer hábitos de higiene mayor y menor. Promover actividades de vestido y durante proceso de alimentación mejorar la espesa de turno. Se solicita un babero para mantener control de salivares. La mamá informa que a partir de mañana la sombra acompañara a Brayan de una a cinco. Adicionalmente se recomienda y sugiere reusar prendas de vestir ya que se observa que tiene prendas de vestir que le quedan pequeñas y en ocasiones de le dificultan la movilidad.

COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL
Fortalecer hábitos y Rutinas. Enviar con ropa cómoda que facilite la movilidad en la ejecución de actividades.



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
08/11/2018

Página: 1 de 2

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	FECHA	TIPO DE SEGUIMIENTO	
CENTRO CRECER FONTIBÓN	13/08/2018	TELEFÓNICO	PRESENCIAL
			X
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social		Nombre de la persona con discapacidad	
Nubia Consuelo Cuellar		Yara Fernanda Borda Cuellar.	
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
Realizar Orientación por parte del área de la Salud y Terapia Ocupacional en procesos de independencia y autonomía.			
TEMAS ABORDADOS			
Se realiza intervención con la referente familiar de la participante para fortalecer procesos de independencia a partir de las orientaciones dadas por parte del área de la salud y Terapia Ocupacional. Se indaga por las actividades que realiza en casa a lo que la mamá refiere que la adolescente no realiza actividades cotidianas en casa, y presenta comportamientos de rebeldía. adicionalmente requiere de apoyo para realizar actividades básicas de higiene, alimentación y vestido. le agrada permanecer con el celular la mayor parte del tiempo. adicionalmente la mamá refiere que el papá es permisivo lo que dificulta mantener niveles de exigencia. Se orienta para fortalecer la estructuración en hábitos y rutinas, y manejo de pediculosis. Se entrega kit y se realiza recomendaciones de limpieza.			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
• Fortalecer Pautas de crianza. • Mantener control medico. • Fortalecer hábitos de higiene			

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.

Nombre del servicio	CENTROS CRECER	Fecha inicial	DIA	12	MES	08	AÑO 2024
Nombre de la unidad operativa	CENTRO CRECER FONTIBON	Fecha final	DIA	16	MES	08	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 12 DE AGOSTO AL 16 DE AGOSTO DEL 2024			
Lunes 12 de agosto de 2024	07:30 A 07:50	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Pausa activa
Lunes 12 de agosto de 2024	07:50 A 08:30	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Revisión Cefalocaudal
Lunes 12 de agosto de 2024	08:30 A 09:30	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Apoyo alimentación, administración de medicamentos según corresponda, registro y posterior higiene personal
Lunes 12 de agosto de 2024	09:30 A 09:50	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Apoyo a desplazamientos de los participantes a los espacios de intervención
Lunes 12 de agosto de 2024	09:50 A 10:50	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Apertura de notas formato de cuidados para la salud con sus respectivas novedades de la mañana, administración de medicamentos según corresponda y registro.
Lunes 12 de agosto de 2024	10:50 A 11:50	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Primer cambio de pañal y control de esfínteres y apoyo a traslado de los participantes de las áreas de intervención a el comedor para toma de alimentos.
Lunes 12 de agosto de 2024	12:00 A 13:00	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Almuerzo profesional
Lunes 12 de agosto de 2024	13:00 A 13:30	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Apoyo actividades de lúdica según corresponda
Lunes 12 de agosto de 2024	13:30 A 14:20	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Segundo cambio de pañal, control de esfínteres y apoyo a desplazamiento de los participantes a las áreas de intervención, administración y registro de medicamentos de la tarde.
Lunes 12 de agosto de 2024	14:15 A 14:50	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Diligenciamiento de formatos gestión documental (Actas soportes médicos, seguimiento telefónico familias según necesidad) y posterior apoyo al desplazamiento de los participantes desde las áreas de intervención al comedor para toma de alimentos.
Lunes 12 de agosto de 2024	14:50 A 15:00	PROFESIONAL: Carlos Eduardo Mora Rodríguez área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Desplazamiento de los participantes desde las áreas de intervención al comedor para toma de alimentos.

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: BRAYAN ESTIVEN MACHUCA ROBAYO

No. DE DOCUMENTO: 1014867624 TIPO: RC: ☐ TI: ☒ CC: ☐

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO CRECER FONTIBON

SERVICIO: CENTROS CRECER

FECHA Y HORA	ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS DURANTE LA ATENCION (actividades y procedimientos)	NOMBRE, IDENTIFICACION Y FIRMA
1/08/2024 08:00 16:00	Ingresa participante a la unidad operativa y se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. sale participante de la unidad operativa en ruta alterado, auto agrediendo golpeándose la cabeza con las manos y batiéndose el cabello se le informa a coordinación de la unidad quien autoriza llevarlo así y estar pendiente quien realiza acompañamiento en ruta. ya que también trata de agredir a sus pares.	Carla mora 1.068.926.823 Carla mora
02/08/2024 08:00 16:00	Ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. sale participante sin hallazgos a reportar.	Carla mora 1.068.926.823 Carla mora
05/08/2024 08:00 16:00	Ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. sale participante de la unidad operativa sin hallazgos a reportar.	Carla mora 1.068.926.823 Carla mora
08/08/2024 08:00 16:00	Ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. sale participante sin hallazgos a reportar.	Carla mora 1.068.926.823 Carla mora
09/08/2024 08:00 16:00	Ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. sale participante sin hallazgos a reportar.	Carla mora 1.068.926.823 Carla mora
12/08/2024 08:00	Ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar.	Carla mora 1.068.926.823 Carla 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.

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	Daniela Masquera Sánchez	C.C.	1012960317	C.C. Fontibón	Edu. especial	Contratista	msanchez.vanesa@gmail.com	3134243621			
2	Ana Yeli Rodríguez Pineda	CC	1020776749	CC Fontibón	Edu. Especial	Contratista	anayelirodriguez@gmail.com	3112107313			
3	Yordis Helena Pérez Amador	CC	52740641	CC Fontibón	Asistente social	Contratista	mlenaperez31@gmail.com	3151113699			
4	Mariely Damián Cordero Apiza	CC	1037174990	Centro Crecer Fontibón	Psicóloga	Contratista	dameliaguitierrez@gmail.com	3123464478			
5	Angie Vanessa Aldila Jiménez	CC	102414945	Centro Crecer Fontibón	Tallerista Social	Contratista	angiealdila96@gmail.com	3045669757			
6	Yennifer Marcela Pulido Al	CC	52151554	Centro Crecer Fontibón	Terapeuta Ocupacional	Contratista	yenniferpulido@hotmail.com	3114502256			
7	Carlos Eduardo Fera Rodríguez	CC	1068926823	CC Fontibón	Enfermero	Contratista	coadunoro@gmail.com	3102830402			
8	JOHAN HERNANDEZ DIAZ SANCHEZ	CC	74939534	C.C. Fontibón	Asistente social	Contratista	neo2502@gmail.com	3177308766			
9	Yerminy MORITIO OREDA RAY	CC	101076597	CC Fontibón	Asistente social	Contratista	yerminyoreda@gmail.com	314411251			
10	MARYCELE GARCIA SANCHEZ	CC	52469467	C.C. Fontibón	Asistente social	Contratista	marygarcia@gmail.com	3109254214			
11	Laura Nubela Herrera Cabrera	CC	1015916127	CC Fontibón	Educadora Especial	Contratista	lherrera@ibercomunicacion.com	3173537289			
12	Yamith Taina Pizarro	CC	60162242	CC Fontibón	Educadora Especial	Contratista	macamero@gmail.com	312163404			
13	Angela Velasco	CC	02313746	C.C. Fontibón	Coordinadora	Contratista	avelasco@edlis.gov	3102514604			
14	Cristina Paola Moreno Ortiz	CC	1033718702	CC Fontibón	Administrativa	Contratista	pamoren27@gmail.com	3108262773			
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Tratamiento de datos personales "En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me he 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 aquellos que afectan mi privacidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo tanto, autorizo a la Secretaría Distrital de Integración Social, a tratar, administrar, almacenar, utilizar, transferir, divulgar, publicar 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 denuncia o queja debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo



SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN NACIONAL

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código FOR-GD-023

Version 2

Fecha: Memo 12024018263 - 12/07/2024

Página 1 de 1

1. Tema: Jornada Certificación profesional

2. Lugar o Localidad o Sede: Centro Crecer Fútbol

3. Fecha y hora: 16/08/2024 07:30 am

4. Nombre responsable

5. Dependencia responsable

[illegible]

Tratamiento de datos personales En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me he 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 (https://www.sdis.gov.co/). Entiendo que no tengo derecho a entregar o recibir datos personales que, en cualquier caso, afectan mi privacidad y/o integridad o información personal, discriminación por género o raza o cualquier otro motivo. La Secretaría Distrital de Integración Social podrá realizar la siguiente operación sobre los datos personales que he recolectado: actualizarlos, eliminarlos, transferirlos, almacenarlos, publicarlos y/o divulgarlos. En consecuencia, para ejercer mis derechos de acceso a la información, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

Toda _____zada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

...

¡Muchas gracias por su participación!

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 las Secretarías involucradas 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.

Cosas importantes que puede hacer a continuación

Ver resultados

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 FORMATO REGISTRO DIARIO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN RUTA SERVICIOS DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-643 Versión: 2 Fecha: Memo I2022032033 -- 22/09/2022 Página: 1 de 1
--	---	--

FECHA: DD/MM/AAAA
14/08/2024

RUTA: ENGATIVA

No. DE PLACA WLU 712

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	06:54	Salvador J. S.	17:24	Salvador J. S.	
2	Claudia Milena Salamanca Quintero	07:05	Vicente Julio S.	17:10	Vicente Julio S.	
3	John Jairo Salamanca Quintero	07:05	Vicente Julio S.	17:10	Vicente Julio S.	
4	Laura Valentina González Jiménez	07:05	Juan Carlos P.	17:14	Diana (Kenny)	
5	Gabriel Andrés Ilguera	10:35	Huberth Pineda	14:55	Huberth Pineda	
6	Ángel Daniel Zarate Rivilles	07:20	Jenny R. Pineda	16:42	Jenny R. Pineda	
7	Lousiana Alarcón Bustos					
8	Andrés Steven Hernández Fonseca					
9	Sara Sofía Torres Posada	07:47	Enfermera	16:00	Enfermera	
10	Mathías Rodríguez Valbuena					
11	Luciana Gabriela Hurtado Medina	07:53	Enfermera H.	16:10	Enfermera H.	
12	Valeria Leandra Otálora	08:00	Helena Otálora	15:53	Helena Otálora	
13	Yordy Alejandro Gutiérrez García		Martha García	15:56	Martha García	
14	Brayan Steven Machuca Robayo	08:02	Daniel Machuca	3:55	W. Vilanova Alfonso	
15	Dilan Alac Rodríguez	1:00	Duplante	3:53	Duplante	
16	Nikol Vanessa Roza			15:46	Nikol Roza	
17	Maicol Orozco Ruidiaz	08:14	Robert Rosales	15:46	Robert Rosales	
18	Andrés Hernández	10:30	Claudia Fonseca	16:04	Claudia Fonseca	

campos obligatorios

NOMBRES DEL(OS) PROFESIONAL(ES) RESPONSABLES DE LA RUTA	CARGO O ÁREA INTEDISCIPLINAR	FIRMA DEL PROFESIONAL
Carlos Eduardo Yora Rodríguez	Enfermero	Enfermera

 ALCALDÍA 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 I2022032033 -- 22/09/2022 Página: 1 de 1
--	---	--

FECHA: 21/08/2024

RUTA: CALI

No. DE PLACA T5Y 380

No	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	HORA INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA	HORA SALIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA	OBSERVACIONES
1	Tatiana Alejandra Tarazona	07:00	Maribel Buitrago	17:00	Maribel Buitrago	
2	Samuel David Perilla	07:00	María Cristina Pineda	17:00	María Cristina Pineda	
3	Mateo Pedroza Casa	05:45	Patricia Pineda	16:48	Patricia Pineda	
4	Martin Camilo González Barrios	07:10	Maribel Buitrago	16:45	Santiago Osorio	
5	Cristian David Vidal Torres					
6	David Julio Bauta Chávez					
7	Juan José Pinilla Cortez	07:35	Enfermera	16:30	Enfermera	
8	Emmanuel Vásquez Bustos					
9	Oscar Santiago Acosta Brito	07:40	Marcedes Herrera	16:20	Oscar Javier Acosta	
10	Luna Sofía Mahecha Murillo					
11	David Santiago Campos Mahecha	08:04	Enfermera	4:05	Enfermera	
12	Sergio Andrés Píezas Méndez	08:14	Enfermera	16:11	Enfermera	
13	María José Ríos Rivera					
14	Valeria Rincón Zuluaga	08:28	Enfermera	15:58	Enfermera	
15	Cristian Ronaldo Cobo Velandia	08:35	Enfermera	15:50	Enfermera	
16	David Esteban Esteban Cuenca			16:35	Enfermera	
17	Danna Rocha	07:22	Yerly O.		Yerly O.	

Campos obligatorios

NOMBRES DEL(OS) PROFESIONAL(ES) RESPONSABLES DE LA RUTA	CARGO O ÁREA INTEDISCIPLINAR	FIRMA DEL PROFESIONAL
Carlos Eduardo Yora Rodríguez	Enfermero	Enfermera



FIRMA

CONTRATISTA: CARLOS EDUARDO MORA

RODRIGUEZCC: 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	
2024-07	2024-07	I	22/07/2024	78769202	\$508.000	

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	218.800	0		0		0	0	0	0	218.800	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	280.000	0	0	0	0	0	0		280.000	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.800	218.800
Pensión	1	280.000	280.000
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.000	508.000

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
2024-07	2024-07	I	22/07/2024	78769202	\$508.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	MA	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							X											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

**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 26 de Agosto 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 789932348

1 mensaje

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

sáb., 20 de jul. de 2024 a la hora 9:51 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: 789932348
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 508.000
Fecha de Transacción: 20/07/2024

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



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

☐ 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	1/07/2024 10:42:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	25/07/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.374.552 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	003	25 días de tiempo transcurrido (1/08/2024 10:16:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2 días de tiempo transcurrido (24/08/2024 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.374.552 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

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
☐ InfEjec-8124-2024-informe2.pdf	InfEjec-8124-2024-informe2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ InfSup-8124-2024-informe2.pdf	InfSup-8124-2024-informe2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>