

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	01/09/2024 AL 30/09/2024	
EJECUCIÓN	FINANCIERA% 47	FÍSICA% 64

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	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	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: 16/09/2024

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.				
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. Última valoración por especialista en neurología el 17 de septiembre profesional quien le informa a referente familiar que el participante se encuentra en alto riesgo de sufrir muerte súbita, debido a sus antecedentes familiares y comorbilidades que el participante presenta: como son sobrepeso, apnea del sueño, hipertensión pulmonar, cardiopatías, por lo cual requiere priorización en los controles con los diferentes especialistas y junta médica lo más pronto posible para minimizar riesgos. 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	16	09	2024	
PAI INICIAL		AJUSTE AL PAI	X	ACTUALIZACIÓN AL PAI
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE				
Nombres	DANA MARCELA		Apellidos	ROCHA QUIMBAY

Tipo ID.	TI	Número de Documento	1070959865
----------	----	---------------------	------------

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.	ENFERMERIA -Fortalecer la práctica diaria del uso adecuado de los elementos de higiene, establecer rutinas, en el caso de Dana 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, realizar seguimiento a controles médicos y mediante los soportes seguir y aplicar recomendaciones e indicaciones.

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	CENTRO CRECER FONTIBÓN							
PERIODO DE REPORTE	Fecha Inicial	22	05	2024	Fecha final	21	09	2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD					
Nombres		GEOVANY ANDRES		Apellidos	
GOMEZ ORTIZ					
Tipo ID.	T.I	No. ID	1016087374	Componente	FORTALECIMIENTO PRE RECURRENTES 1

OBJETIVO
Promover el desarrollo y fortalecimiento de capacidades y habilidades individuales, a través de actividades integrales y transversales orientadas a favorecer la independencia y autonomía, así como la construcción del ejercicio de proyectos de vida en el marco de su inclusión social, acciones de gestión y articulación Interinstitucional orientadas a la inclusión en los entornos educativos, culturales, deportivos, recreativos, ocupacionales, así como actividades para el goce y disfrute de la ciudad.

INFORME INTERDISCIPLINARIO	
AVANCES	De acuerdo a la ruta de acciones sugerida en el plan estratégico y con la cual se busca favorecer los procesos de independencia y autonomía orientados a la participación de Geovanny en los diferentes entornos, durante este cuatrimestre se realizaron intervenciones encaminadas a: -Fomentar el desarrollo cognitivo y del lenguaje permitiéndole responder de manera efectiva a su entorno. -Brindar estrategias, a través de actividades lúdico pedagógicas, que le permitan reconocer pictogramas representativos de la rutina diaria realizada en el Centro Crecer y así propiciar su comunicación funcional. Por otra parte fortalecer el desempeño en actividades básicas de la vida diaria, presentación personal, proceso de alimentación (manejo de cubiertos e higiene postural). Higiene menor (lavado de cara y manos utilización adecuada de los elementos de aseo). Entrenamiento en el uso de elementos de aseo en higiene perineal. -Se fortalece patrones de movimiento integrales a través de la manipulación de material didáctico haciendo uso de agarres con precisión para fortalecer coordinación de los movimientos. -Se desarrollan habilidades para aceptar y emitir respuestas adaptativas a estímulos a nivel visual, táctil, gustativo, olfativo, vestibular, propioceptivos y auditivo por periodos de tiempo corto, promoviendo tolerancia y adaptación en la ejecución de actividades básicas en el entorno. Desde el cuidado de su salud realizó verificación en el ADRES confirmando que la o el participante se encuentra activo/a en el sistema general de seguridad social en salud. -Se fortaleció la corresponsabilidad con los referentes familiares frente a los procesos médicos y de salud de la/o el participante garantizando el derecho a la salud. -Durante la permanencia del/o la participante en la unidad operativa se fortalecieron los procesos de higiene y autocuidado según el tipo de apoyo.

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	FECHA	TIPO DE SEGUIMIENTO	
CENTRO CRECER FONTIBON	19/09/2024	TELEFONICO	PRESENCIAL
			X
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social	Nombre de la persona con discapacidad		
Sonia Velandia	Cristian Ronaldo Cabo		
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
- Se realiza recepción de soportes médicos del participante valoración por neurología más de septiembre.			
TEMAS ABORDADOS			
- Recibo de parte de referente familiar del participante resumen de historia clínica de consulta y valoración por especialista en neurología con fecha del 17 de septiembre del 2024 y folio familiar informa que el neurologo recomienda estar pendiente del participante debido a sus problemas cardiopulmonares (p) se encuentra en alto riesgo de sufrir una muerte súbita requiere priorización en citas de control con neurología y cardiología para minimizar riesgos			
- Adicionalmente se recibe formulas medicas de oxcarbazepina, clonazepam 20 mg, trazadona 50mg levomepromizina gotas, rupatidina 2 mg			
- Diagnósticos: epilepsia, apnea del sueño, otras anomalías de los cromosomas específicos. hipertensión (mul) pulmonar.			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
- Continuar con la entrega de soportes médicos de manera oportuna para seguimiento y plan de manejo			
- Seguir recomendaciones e indicaciones médicas para minimizar riesgos			
- buscar redes de apoyo para acompañamiento familiar y evitar sobrecargas emocionales y físicas.			

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.



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA CENTRO CRECER FONTIBON

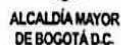
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE SARITA LINARES LOPEZ

No. DE DOCUMENTO: 1033102184

RC	T	CC
----	---	----

Medicamentos	HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)																											
	01/09/2024			06/09/2024			09/09/2024			10/09/2024			12/09/2024			16/09/2024			17/09/2024			20/09/2024			Día mes año			
	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	M
(Via, Dosis, Presentación y Frecuencia)																												
Qbetiopina VO 25mg Tabletado de 25mg cubiertas c/12h.	10			10			10			10			10			10			10			10						
Topiramato VO 100mg comprimidos de 100mg c/8h	14			14			14			14			14			14			14			14						
Clonazepam VO 10mg Tabletado de 10mg c/8h	14			14			14			14			14			14			14			14						
Lacosamida VO 100mg Tabletado de 100mg c/8h	14			14			14			14			14			14			14			14						

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

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar	3. Semana Uno							3. Semana Dos							3. Semana Tres							3. Semana Cuatro							3. Semana Cinco						
	del <u>2</u> al <u>6</u>							del <u>9</u> al <u>13</u>							del <u>16</u> al <u>20</u>							del <u>23</u> al <u>27</u>							del <u>30</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	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Paredes	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Techos	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Ventanas-anjeo	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Puertas	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Mesones	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Canecas	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Neveras	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Estufa	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Lavaplatos	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Congelador	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Canastillas	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Licuadora	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Campana Extractora	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Menaje	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Utensilios	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Frutas y verduras	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1																
Abarrotes	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	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	17/09/2024	TELEFONICO	PRESENCIAL
			X

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre del referente familiar o social	Nombre de la persona con discapacidad
John Alexander Troncoso Molina	Julieta Troncoso Lozano

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO
Fortalecer procesos de independencia en control de esfínteres y actividades básicas.

TEMAS ABORDADOS
Desde el área de la salud y terapia Ocupacional se realiza orientación frente hábitos y rutinas para favorecer el desarrollo de habilidades, tolerancia y seguimiento de instrucciones. Se resalta la importancia del trabajo que se ha realizado frente al reconocimiento del espacio y familiarización con el paso a paso. Por lo que es importante que se establezca una rutina en la que se mantenga diariamente desde que se levanta hasta que se acueste. Se hace entrega de folleto que brindan herramientas y formato para verificar el tiempo que controla.

COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL
- Planificar hábitos y rutinas en casa. - Traer muda de ropa y elementos de aseo. - Iniciar trabajo de control de esfínteres - Con Ponty Cuco registrar la información en formato para identificar tiempo

ACTA N°

FECHA: Bogotá,

HORA: 9:00 AM

LUGAR: Centro crecer Fontibon

TEMA: cuidado de las mascotas y enfermedades

ASISTENTES: Epidemióloga de la sub red y
Equipo del cuidado para la salud

ORDEN DEL DÍA: Se realiza el taller de prevención de enfermedades relacionadas con el manejo de excretas de los animales.

DESARROLLO: Se realiza taller en articulación con la epidemióloga profesional encargada de la sub red Sur Occidente para los patrocinantes del centro crecer Fontibon del grupo de Vocacional.

Se desarrolla el tema del cuidado de las excretas para la prevención de enfermedades que estas conllevan. Se hace claridad del tema frente a la importancia del manejo adecuado de excretas cuando tenemos interacción con los animales de tipo doméstico. Aspecto y anticipación para la interacción y manipulación de heces. Se recalca la importancia del lavado de manos posterior a la manipulación

Sede Principal: Carrera 7 # 32 -12 / Ciudadela San Martín
Secretaría Distrital de Integración Social
Teléfono: 3 27 97 97
Correo electrónico institucional: integracion@sdis.gov.co

U o el contacto de los animales y sus heces
la limpieza de los zapatos antes de ingresar
a casa la adecuada disposición de los excrementos
la limpieza de las patas de los animales para evitar
propagación de enfermedades en el hogar.

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 9

Nombre del servicio	CENTROS CRECER	Fecha inicial	DIA	23	MES	09	AÑO 2024
Nombre de la unidad operativa	CENTRO CRECER FONTIBON	Fecha final	DIA	27	MES	09	AÑO 2024

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

SEMANA DEL 12 DE AGOSTO AL 16 DE AGOSTO DEL 2024			
Lunes 23 de septiembre de 2024	07:30 A 07:50	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Pausa activa
Lunes 23 de septiembre de 2024	07:50 A 08:30	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Revisión Cefalocaudal
Lunes 23 de septiembre de 2024	08:30 A 09:30	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Apoyo alimentación, administración de medicamentos según corresponda, registro y posterior higiene personal
Lunes 23 de septiembre de 2024	09:30 A 09:50	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Apoyo a desplazamientos de los participantes a los espacios de intervención
Lunes 23 de septiembre de 2024	09:50 A 10:50	PROFESIONAL: Carlos Mora 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 23 de septiembre de 2024	10:50 A 11:50	PROFESIONAL: Carlos Mora 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.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA TÉCNICA PARA LA PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES CENTROS CRECER DOCUMENTO NO COTROLADO	Código:
		Versión: 0
		Fecha:
		Página: 1 de 8

UNIDAD OPERATIVA		CENTRO CRECER FONTIBÓN	PERÍODO	SEPTIEMBRE 2024	
NOMBRE DE EL/LA PROFESIONAL		CARLOS EDUARDO MORA RODRÍGUEZ	ÁREA	CUIDADOS PARA LA SALUD	
LÍNEA DE ACCIÓN	DESARROLLO DE HABILIDADES Y CAPACIDADES INDIVIDUALES	COMPONENTE	PREVOCACIONAL 3	EJE DE ATENCIÓN	HABILIDADES ADAPTATIVAS

OBJETIVO GENERAL	
Desarrollar, fortalecer y mantener las habilidades y capacidades a través de actividades integrales y transversales, encaminadas a favorecer los procesos de independencia y autonomía, hacia la construcción del proyecto de vida de los niños, niñas y adolescentes, en el marco de la inclusión social, generación de oportunidades, disminución y eliminación de barreras, orientadas a la participación en los entornos educativo, deportivo, cultural y familiar.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
- Realizar adecuada acomodación corporal en rutinas de cambio de pañal e higiene perianal. - Realizar administración de medicamentos según fórmula médica. - Realizar apoyo en las actividades de independencia y autonomía.	

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: SARITA LINARES LOPEZ

No. DE DOCUMENTO: 1033102184

TIPO: RC: ☐ TI: ☒ CC: ☐

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO CRECER FONTIBON

SERVICIO: CENTROS CRECER

FECHA Y HORA DE ENTRADA A LA UNIDAD OPERATIVA	ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS DURANTE LA ATENCIÓN (actividades y procedimientos)	NOMBRE, IDENTIFICACION Y FIRMA
02/09/2024 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.	
03/09/2024 08:00	participante que no asiste el día de hoy a la unidad operativa por dejación familiar.	
06/09/2024 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.	
09/09/2024 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.	
10/09/2024 08:00 16:00	Ingresa participante se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. Sale participante sin hallazgos a reportar.	
11/09/2024 08:00	Participante no asiste a la unidad operativa por cita médica Informa la le frente familiar.	
12/09/2024 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.	
13/09/2024 08:00	participante que no asiste el día de hoy a la unidad operativa ya que tenía cita médica	
16/09/2024 08:00 16:00	Ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. Sale	



FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

[illegible]

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 MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL
FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código: FOR-GD-023
Versión: 2
Fecha: Mayo 2024/01/06/03 - 12/01/2024
Página: 1 de 1

1. Tema: Reunión Equipo Profesional

2. Lugar y Localidad o Sede: Plataforma Meet

3. Fecha y hora: 05/09/2024 - 2:00 pm

4. Nombre responsable: Cindy Paola Moreno Ortiz

5. Dependencia responsable: Centro Crecer Fortibon

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	JOHAN HERNANDO DIAZ SANCHEZ	CC		CC Fortibon	CONTRATISTA	TALLERISTA	no2502@gmail.com		
2	Mari Danieli Gallego Apala	CC		Contratista Fortibon	Contratista	Psicóloga	danielgallego57@gmail.com		
3	Yenny Yafakela Pulido A.	CC		C.C. Fortibon	Tallerista	Contratista	clara.y.pulido@bogota.gov.co		
4	Yolanda Helena Gomez T.	CC		C.C. Fortibon	Fisioterapeuta	Contratista	mlenaher@bogota.gov.co		
5	MARYCruz Gomez Sanchez	CC		C.C. Fortibon	AUXILIAR	CONTRATISTA	marygomez@gmail.com		
6	Geniel MARITTO OROBOMI	CC		CC Fortibon	EXEQUENTE	CONTRATISTA	genielmaritto@gmail.com		
7	Laura Natalia Higuera C.	CC		CC Fortibon	EXEQUENTE	CONTRATISTA	lauranatalia@gmail.com		
8	Carlos Eduardo Mora Rodriguez	CC		CC Fortibon	EXEQUENTE	CONTRATISTA	carloseduardo@gmail.com		
9	Alexyuli Rodriguez Ruzin	CC		CC Fortibon	EXEQUENTE	CONTRATISTA	alexylur@gmail.com		
10	Yaneth Luna R.	CC		CC Fortibon	EXEQUENTE	CONTRATISTA	yanethluna@gmail.com		
11	Angelo Velasco	CC		CC Fortibon	CONTRATISTA	COORDINADOR	angelovelasco@gmail.com		
12	Karen Gomez G	CC		CC Fortibon	CONTRATISTA	Nutricionista	karengomezg@gmail.com		
13	Cindy Paola Moreno Ortiz	CC		CC Fortibon	CONTRATISTA	CONTRATISTA	paolina-23@gmail.com		
14	Ange Ardia Jimenez	CC		CC Fortibon	CONTRATISTA	Trabajo Social	angeardiajimenez@gmail.com		
15	Damaris Mosquera Sanchez	CC		C.C.F	Contratista	Edu. especial	msanchezdamaris@gmail.com		
16									

¡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: 00/MM/AAAA
14/08/2024

RUTA: ENGATIVA

No. DE PLACA WLU712

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	Victor Julio S.	17:24	Victor Julio S.	
2	Claudia Milena Salamanca Quintero	07:05	Victor Julio S.	17:10	Victor Julio S.	
3	John Jairo Salamanca Quintero	07:05	Victor Julio S.	17:10	Victor Julio S.	
4	Laura Valentina González Jiménez	07:05	Victor Julio S.	17:14	Victor Julio S.	
5	Fabián Andres Higuera	10:35	Roberto Rosales	14:55	Roberto Rosales	
6	Angel Daniel Zarate Rivillas	07:20	Victor Julio S.	16:42	Victor Julio S.	
7	Lousiana Alarcón Bustos					
8	Andres Stiven Hernández Fonseca					
9	Sara Sofia Torres Posada	07:47	Victor Julio S.	16:00	Victor Julio S.	
10	Mathias Rodriguez Valbuena					
11	Luciana Gabriela Hurtado Medina	07:53	Victor Julio S.	16:10	Victor Julio S.	
12	Valeria Leandro Otálora	08:00	Helena Otálora	15:53	Helena Otálora	
13	Yordy Alejandro Gutiérrez García		Monica Garcia	15:56	Monica Garcia	
14	Brayan Stiven Machuca Robayo	08:02	Daniel Machuca	3:55	W. S. Machuca	
15	Dilan Alec Rodriguez	1:00	Victor Julio S.	3:55	Victor Julio S.	
16	Nikol Vanessa Roza		Victor Julio S.	16:46	N. K. Roza	
17	Maicol Orozco Ruidiaz	08:14	Roberto Rosales	16:46	Roberto Rosales	
18	Andres Hernandez	10:30	Claudia Fonseca	16:04	Claudia Fonseca	

campos obligatorios

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

 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: 11/07/2024

RUTA: ENGATIVA

No. DE PLACA JOV 874

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	07:15	Socorro Quintero	16:50	Socorro Quintero	
2	Claudia Milena Salamanca Quintero	07:15	Socorro Quintero	16:50	Socorro Quintero	
3	John Jairo Salamanca Quintero					
4	Laura Valentina González Jiménez	07:15	Joan Garcia	16:50	Joan Garcia	
5	Fabián Andres Higuera					
6	Ángel Daniel Zarate Rivillas	09:32	Roberto Rosales	16:36	Roberto Rosales	
7	Lousiana Alarcón Bustos					
8	Andres Stiven Hernández Fonseca					
9	Sara Sofia Torres Posada	08:00	Victor Julio S.	3:20	Victor Julio S.	
10	Mathias Rodriguez Valbuena					
11	Luciana Gabriela Hurtado Medina					
12	Valeria Leandro Otálora	08:10	Helena Otálora	15:45	Helena Otálora	
13	Yordy Alejandro Gutiérrez García		Monica Garcia	15:49	Monica Garcia	
14	Brayan Stiven Machuca Robayo	08:13	Daniel Machuca	3:40	W. S. Machuca	
15	Dilan Alec Rodriguez		Victor Julio S.	15:49	Victor Julio S.	
16	Nikol Vanessa Roza	08:16	N. K. Roza	15:40	N. K. Roza	
17	Maicol Orozco Ruidiaz	08:16	Rosario Ruidiaz	15:40	Rosario Ruidiaz	
18						

campos obligatorios

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



FIRMA

CONTRATISTA: CARLOS EDUARDO MORA

RODRIGUEZCC: 1068926823

EMAIL: CARLOSMORA012988@HOTMAIL.COM

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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-08	2024-08	I	23/08/2024	79542289	TOTAL A PAGAR \$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
2024-08	2024-08	I	23/08/2024	79542289	\$508.000

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	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																		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 862876220** 

1 mensaje

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

vie., 23 de ago. de 2024 a la hora 10:37 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: 862876220
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 508.000
Fecha de Transacción: 23/08/2024

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 24 días del mes de Septiembre 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
26178983

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 24 de Septiembre 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.

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

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	1/08/2024 10:16:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	24/08/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.374.552 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	004	22 días de tiempo transcurrido (1/09/2024 7:47:00 PM((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	18 horas de tiempo transcurrido (24/09/2024 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
☐	InfEjec-8124-2024-informe3.pdf	InfEjec-8124-2024-informe3.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	InfSup-8124-2024-informe3.pdf	InfSup-8124-2024-informe3.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#)

Español (Colombia) ▼

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

<https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.12859920> 1/1