

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	01/10/2024 AL 30/10/2024	
EJECUCIÓN	FINANCIERA% 64	FÍSICA% 81

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: 28/10/2024

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: LOUSIANA ALARCON BUSTOS		
Edad: 14 AÑOS	Lugar y fecha de nacimiento: BOGOTÁ DC, 05/03/2010	
Diagnóstico de discapacidad: AUTISMO		
Diagnósticos asociados: SÍNDROME DE TURNER, COARTACIÓN DE AORTA CORREGIDA		
Diagnóstico social: Se identifica sistema familiar de tipología monoparental con jefatura femenina, donde se han establecido adecuados canales de comunicación entre los integrantes, se identifica un ejercicio adecuado de autoridad por parte de la progenitora ejerciendo su rol de manera responsable. Los gastos del hogar son asumidos por la Madre quien ocasionalmente vende tejidos hechos por ella y recibe el apoyo económico del abuelo materno y del hermano mayor de Lousiana.		
2. Datos de ingreso	Fecha de ingreso a la SDIS:	19/10/2022
	Fecha de ingreso al servicio	19/10/2022
	Fecha de ingreso al centro:	19/10/2022
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: Lousiana se encuentra activa en su EPS compensar verificada en el comprobador de derechos, su diagnóstico principal es síndrome de Turner, discapacidad intelectual, asiste de manera periódica a los diferentes controles médicos por medicina general, pediatría, entre otros, referente familiar es corresponsable en cuanto a la entrega de los soportes médicos, dentro de la unidad operativa no se administra tratamiento farmacológico. 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 la participante es independiente en sus actividades de la vida diaria, durante su permanencia no se han evidenciado alteraciones en su estado de salud.		

UNIDAD OPERATIVA	CENTRO CRECER FONTIBÓN					
FECHA DE ELABORACIÓN	21	10	2024			
PAI INICIAL		AJUSTE AL PAI		X	ACTUALIZACIÓN AL PAI	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE						
Nombres	LOUSIANA			Apellidos	ALARCON BUSTOS	
Tipo ID.	TI	Número de Documento		1019999084		

OBJETIVO GENERAL	
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.	-Fortalecer la práctica diaria del uso adecuado de los elementos de higiene, establecer rutinas, supervisar 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.

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	<i>16/10/2024</i>	TELEFONICO	PRESENCIAL
		<i>x</i>	

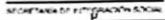
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre del referente familiar o social	Nombre de la persona con discapacidad
<i>Sonia Velandia</i>	<i>Cristian Ronaldo Cobo</i>

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO
<i>Se recibe y se realiza seguimiento a soportes médicos del participante.</i>

TEMAS ABORDADOS
<i>Recibo copias de soportes médicos del participante, ordenes medicas por especialidad psiquiatria con fecha del 10 octubre 2024</i> <i>- junta medica por equipo interdisciplinario epileptología neurocirugia, psiquiatria.</i> <i>- control psiquiatria, neumologia pediatria otorrinolaringología</i> <i>- Recibo soporte de valoración especialista en neurocirugia con fecha del 17 de octubre del 2024 remitido por psiquiatria para explorar opción con psicocirugia.</i> <i>- Requiere valoración por superespecialista en neurocirugia funcional para concepto.</i> <i>- cita por neurocirugia funcional se le explica a la acudiente.</i>

COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL
<i>- Continuar con la entrega de soportes médicos de manera oportuna.</i> <i>- Avisar cambios en tratamiento farmacológico</i> <i>- Avisar cambios en el estado de salud del participante</i>

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

[illegible]



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-148

Versión: 0

Fecha: Memo INT18493 -
09/04/2018

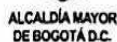
Página: 1 de 1

NOMBRE DEL SERVICIO: CENTRO CRECE

NOMBRE DEL CENTRO: CENTRO CRECE 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	1029603111	locosamida	Tabletas 50 mg	35	04/10/2024	2LAT724	2020M-0019982	07/2026	Sanitas	Carlos mora	Jesus Luis
Valeria Rincon Zuluaga	1028901199	oxcarbazepina	300mg/5ml suspension	100 ml	04/10/2024	AOPAF-2710	2020M-005658 R2	12/2025	Compensar	Carlos mora	Pedro Zuluaga
Valery Yarena vivas	1019999874	Acido valproico	250/5ml Jarabe	120 ml	07/10/2024	61778QA	2020M-004240 R4	01/2027	Compensar	Carlos mora	Guillermo de Jesus Vivas
Randy Omar Costillo	6517285	Risperidona	Solucion oral 1mg/ml	30 ml	09/10/2024	PER1500	2020M-013435 R2	02/2026	Capital salud	Carlos mora	Kevin Romero
Cristian Ronaldo Cobo	1016040938	oxcarbazepina	300mg/5ml suspension	100 ml	15/10/2024	AOPAF-2690	2020M-005658 R2	07/2025	Capital salud	Carlos mora	Sonia
Cristian Ronaldo Cobo	1016040938	oxcarbazepina	300mg/5ml suspension	100 ml	15/10/2024	AOPAF-2689	2020M-005658 R2	03/2025	Capital salud	Carlos mora	Sonia
Cristian Ronaldo Cobo	1016040938	oxcarbazepina	300mg/5ml suspension	100 ml	15/10/2024	AOPAF-2707	2020M-005658 R2	12/2025	Capital salud	Carlos mora	Sonia
Dylan Cayro	122208043	Acido valproico	5g/100ml Jarabe	2 paquetes de 120 ml	16/10/2024	12406000545	2016M-0004827 R1	07/2026	famunavar	Carlos mora	Cecilia
Oscair Mauricio	1034603573	Tofenarato	Tabletas de 100 mg	15 tabletas	15/10/2024	PER0500	2007M-007256 R1	01/2026	famunavar	Carlos mora	Johanna Vergara

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.



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Código: FOR-PSS-068

Versión: 1

Fecha: Memo Int 33907 –
15/06/2018

Página: 1 de 5

MES: Octobre

AÑO: 2024

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

[illegible]

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	17/10/2024	TELEFONICO	PRESENCIAL
			X
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social		Nombre de la persona con discapacidad	
John Alexander Trancoso Molina		Julieta Trancoso Lozano.	
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
Realizar Orientación al referente Familiar Frente al proceso del control de esfinteres de la participante			
TEMAS ABORDADOS			
Se realiza intersección con el papá de la participante Julieta Trancoso Para realizar Seguimiento Frente al proceso del control de esfinteres. El papá refiere que la esta llevando al baño cada hora sin embargo observa que no permanece en el inodoro. y que en ocasiones lo hala hasta el baño pero es porque le gusta bañarse. Se le informa que desde Centro Crecer se evidencia que todavía no relaciona el baño para hacer chichi y popo, se le dificulta tener un horario. Para hacer popo. es en cualquier momento. Se inicio con el proceso de adaptación de reconocimiento de baño, elementos de aseo. y tolerancia para hacer uso del inodoro. Adicionalmente se recuerda la importancia de que Julieta tenga en casa establecidos hábitos y rutinas que favorezcan tolerancia y seguimiento a comandos verbales en actividades de la vida diaria básicas.			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
- Mantener registro del horario que se lleva a la niña al baño Para conocer el tiempo probable que esta miccionando o evacuando. - Estructurar hábitos y rutinas en casa que favorezcan procesos de independencia.			



ACTA N° 205.

FECHA: Bogotá, 17 de octubre de 2024.

HORA: 10:00 Am.

LUGAR: Biblioteca Luis Angel Arango.

TEMA: Taller de acercamiento a la lectura (Plastilina).

ASISTENTES: Damaris Mosquera Sánchez.
Leidy Carolina Alvarez

ORDEN DEL DÍA:

DESARROLLO: Se ingresa a la biblioteca donde reciben a los participantes ubicandose en la sala Juvenil e infantil, posterior a esto la funcionaria Carolina realiza lectura del libro "el monstruo de los monstruos" de Patrick Mc Donell donde narran la historia de la creación de un monstruo, donde los participantes pudieron participar de manera activa respondiendo a preguntas, coloreando, esparciendo plastilina y creando su propio monstruo. Finalmente se pactan próximos encuentros para los días 14 y 21 de noviembre del año 2024.



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 8

Nombre del servicio	CENTROS CRECER	Fecha inicial	DIA	21	MES	10	AÑO 2024
Nombre de la unidad operativa	CENTRO CRECER FONTIBON	Fecha final	DIA	25	MES	10	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 21 DE OCTUBRE AL 25 DE OCTUBRE DEL 2024			
Lunes 21 de octubre de 2024	08:45 A 08:10	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Acompañamiento en ruta Cali e ingreso de los participantes.
Lunes 21 de octubre de 2024	08:10 A 08:25	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Pausa Activa
Lunes 21 de octubre 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 21 de octubre 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 21 de octubre 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 21 de octubre 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.
Lunes 21 de octubre de 2024	12:00 A 13:00	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Almuerzo profesional

 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 CONTROLADO	Código:
		Versión: 0
		Fecha:
		Página: 1 de 8

UNIDAD OPERATIVA		CENTRO CRECER FONTIBÓN	PERÍODO	OCTUBRE 2024	
NOMBRE DE EL/LA PROFESIONAL		CARLOS MORA	ÁREA	CUIDADOS PARA LA SALUD	
LÍNEA DE ACCIÓN	DESARROLLO DE HABILIDADES Y CAPACIDADES INDIVIDUALES	COMPONENTE	PREVOCACIONAL 1	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

1. Realizar adecuada acomodación corporal en rutinas de cambio de pañal e higiene perianal.
2. Realizar administración de medicamentos según fórmula médica.
3. 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: JUAN FELIPE GALEANO DELGADO

No. DE DOCUMENTO: 1233697543 TIPO: RC: ☒ X 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
01/10/2014 9:00	Ingresa participante se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Carmenza Gomez 52469467
16:00	Salir participante sin hallazgos a reportar	Carmenza Gomez
02/10/2014	participante que no asiste el día de hoy a la unidad operativa ya que no salió al punto de ruta en la hora que lo reportan	Carmenza Gomez 52469467
03/10/2014 8:00	Ingresa participante se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Carmenza Gomez 52469467
16:00	Salir participante con la novedad que en ludica el participante Martin Gonzalez le aruñó la cara se le informa a la coordinadora del centro	Carmenza Gomez 52469467
04/10/2014 9:00	Ingresa participante se realiza observación de condiciones físicas y mentales ingresa con la novedad del día de hoy	Carmenza Gomez 52469467
16:00	Salir participante sin hallazgos a reportar	Carmenza Gomez
07/10/2014 9:00	Ingresa participante se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar	Carmenza Gomez 52469467
16:00	participante que lo le con el mismo en la hora que guarda el mismo se va a la casa	Carmenza Gomez 52469467
08/10/2014	participante que no asiste el día de hoy a la unidad operativa ya que se encuentra con un dolor de estómago	Carmenza Gomez 52469467
09/10/2014	participante que no asiste el día de hoy a la unidad operativa ya que se encuentra con un dolor de estómago	Carmenza Gomez 52469467



FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

RC: ☐ T: ☒ CC: ☐[illegible]



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-148

Versión: 0

Fecha: Memo INT18493 -
09/04/2018

Página: 1 de 1

NOMBRE DEL SERVICIO: CENTROS CRECEP

NOMBRE DEL CENTRO: CENTRO CRECEP 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
Mario Jose Rios Rivera	1029603111	lacosamida	Tabletas 50 mg	35	04/10/2024	2LAT724	2020M-0019982	07/2026	Sanitas	Carlos mora	Jesus Rios
Valeria Rincon Zuluaga	1028901199	oxcarbazepina	300mg/5ml suspension	100 ml	04/10/2024	A00AF-2710	2020M-0056582	12/2025	Compensar	Carlos mora	Pedro Zuluaga
Valery Yuliana vivas	1019999874	Acido valproico	250/5ml Jarabe	120 ml	07/10/2024	61778QA	2020M-00424024	01/2027	Compensar	Carlos mora	Yuliana Vivas
Randy Omar Castillo	6517285	Risperidona	Solucion oral 1mg/ml	30 ml	09/10/2024	P081500	2020M-0134352	02/2026	Capital salud	Carlos mora	Kevin Castillo
Cristian Ronaldo Cobo	1016040938	oxcarbazepina	300mg/5ml suspension	100 ml	15/10/2024	A00AF-2690	2020M-0056582	07/2025	Capital salud	Carlos mora	Sonia Cobo
Cristian Ronaldo Cobo	1016040938	oxcarbazepina	300mg/5ml suspension	100 ml	15/10/2024	A00AF-2689	2020M-0056582	07/2025	Capital salud	Carlos mora	Sonia Cobo
Cristian Ronaldo Cobo	1016040938	oxcarbazepina	300mg/5ml suspension	100 ml	15/10/2024	A00AF-2707	2020M-0056582	12/2025	Capital salud	Carlos mora	Sonia Cobo
Dylan Carpio	122208043	Acido valproico	5g/100ml Jarabe	2 frasco de 120ml	16/10/2024	12A06000545	2016M-0004827-21	07/2026	famisanar	Carlos mora	Abdulia Carpio
Oscar Mauricio	1034663573	Tupiramato	Tabletas de 100 mg	18 tabletas	15/10/2024	P080F00	2007M-007256-21	01/2026	famisanar	Carlos mora	Johny Vergara

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.

[illegible]



ALCALDE MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INFORMACIÓN SOCIAL

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código FOR-GD-023

Versión 2

Fecha: Memo 12024018963 - 12/07/2024

Página 1 de 1

1 Tema: Reunión de padres Escuela de las inclusiones 2 Lugar o Localidad o Sede: Centro Cerebral Fontón 3 Fecha y hora: 21/07/2024 02:00 pm

4 Nombre responsable: Equipo profesional y Coordinación

5 Dependencia responsable: 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	Viviana Suarez	CC	1019042971	C.C.F	madre		Vivisuarz90@hotmail.com	3205127787	
2	Alejo Jaramila	CC	1012355503	C.C.F.	Padre		alejo.hsc@hotmail.com	3057045485	
3	Diana Teillon P	CC	76325710	C.C.F	Padre		dteillon@ci.1081.com.co	3107547436	
4	Diana Marcela Garcia	CC	1016265141	C.C.F	hermana		marcelitagarcia@hotmail.com	3203608561	
5	LIZ AMANDA (ARZAYG)	CC	52662363	C.C.F	MADRE		lizaromond@gmail.com	3117351881	
6	Aro Riberu Berrío Rendon	CC	1030561622	CC.F	Mom		mariberrio1999@yahoo.com	3167693172	
7	Julius Cesar Vidal	CC	71257446	CC.F	Padre		juliusvidal21@gmail.com	3126843516	
8	Melton Garcia Diaz	CC	1026264088	CC.F	MAMA		alcjadarz@gmail.com	3205197057	
9	Helena Otalora C	CC	39759507	CC.F	Mamá		helen.wa@hotmail.com	3182317694	
10	ANDREY MORENO SILVA	CC	1022940893	CC.F	PARA		Yersonmoreno@hotmail.com	3103245922	
11	ROSALBA MOSQUERA	CC	35354958	f	Madre			3044317869	
12	Maria Guzman Paz	PPT	5094822	CC.F	Mama.		magpmr@gmail.com	3005278747	
13	Daniela Morales		7144669851		Mama			7144669851	
14	Amey Daniels Ortiz Bermudez	CC	1016120294	CC.F	madre		dilanalec@gmail.com	3158865342	
15	Claudia Caro Peña	CC	23653291	C.C.	Madre		clauzape.84@gmail.com	3132543313	
16	Blanca Lucila Lopez	CC	1071914055		mama			3123606302	
17	Wilsa Viquez		23573539	CC	Abuela			3216713092	
18	Carmen Ruiz		35518021		madre			3112581230	
19	Yohana Uryora	CC	105402148	C.C.F	madre		anyohaycom@hotmail.com	3204628501	
20	Patricia Valbuena G.	CC	52962683	CC.F	Madre		patriciavalbuena4@hotmail.com	3166946767	

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 2

FECHA: 10/10/2024

RUTA: ENGATIVA

No. DE PLACA WCW 932

No	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	HORA INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA	HORA SALIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA	OBSERVACIONES
1	Sarita Linares López	06:58	Sarita Linares	16:55	Sarita Linares	
2	Claudia Milena Salamanca Quintero	07:08	Corrado Quintero	16:40	Victor Julios	
3	John Jairo Salamanca Quintero	07:08	Corrado Quintero	16:40	Victor Julios	
4	Laura valentina González Jiménez					
5	Juan Felipe Galeano Delgado					
6	Ángel Daniel Zarate Rivillas					
7	Lousiana Alarcón Bustos					
8	Fabian Andres Felipe Chaparro	07:51	Karol Chaparro	15:50	Karol Chaparro	
9	Andres Stiven Hernández Fonseca					
10	Sara Sofia Torres Posada	08:45	Sara Sofia	15:20	Sara Sofia	
11	Mathias Rodríguez Valbuena	07:40	Patricio	10:30	Patricio	
12	Luciana Gabriela Hurtado Medina	07:50	Esmeralda A	15:50	Esmeralda A	
13	Valeria Leandro Otálora	07:58	Valeria	15:40	Valeria Otálora	
14	Yordy Alejandro Gutiérrez García					
15	Brayan Stiven Machuca Robayo					
16	Dilan Alec Rodriguez	08:03	Dilan Alec	15:44	Dilan Alec	
17	David Esteban Esteban cuenca	07:45	Patricio	15:57	Patricio	
18						
19						



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	
2024-09	2024-09	I	04/10/2024	80430669	\$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.	
						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-09	2024-09	I	04/10/2024	80430669	\$508.000
					TOTAL A PAGAR

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 exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	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 959410957** 

1 mensaje

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

vie, 4 de oct. de 2024 a la hora 11:46 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: 959410957
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 508.000
Fecha de Transacción: 04/10/2024

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 Octubre 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
26476760

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 Octubre 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.

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

 $\wedge$

Evaluación de la Entidad Estatal

➤

2 Condiciones

[VER CONTRATO](#)

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización?

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

Pago 001	001	6/06/2024 7:53:00	26/06/2024 12:00:00	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	1/09/2024 7:47:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30 días de tiempo transcurrido (24/09/2024 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.374.552 COP	Pagado	Detalle
----------	-----	--	--	---------------	--------	-------------------------

Pago 005	005	23 días de tiempo transcurrido (1/10/2024 7:22:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	19 horas de tiempo transcurrido (24/10/2024 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
☐	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
☐	InfEjec-8124-2024-informe4.pdf	InfEjec-8124-2024-informe4.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	InfSup-8124-2024-informe4.pdf	InfSup-8124-2024-informe4.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo