

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	06/06/2024	
FECHA DE FINALIZACIÓN	05/02/2025	
PERIODO DEL INFORME	01/11/2024 AL 30/11/2024	
EJECUCIÓN	FINANCIERA% 83	FÍSICA% 90

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

CAMBIO DE PAÑAL CCF

10:45AM-2:00PM

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

HOJA DE MEDICAMENTOS EN LA TARDE

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

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

Fecha: 27/11/2024

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: DULCE NOEMI VASQUEZ CAVIEDES		
Edad: 07 AÑOS	Lugar y fecha de nacimiento: BOGOTÁ DC, 07/09/2017	
Diagnóstico de discapacidad: DISCAPACIDAD MÚLTIPLE		
Diagnósticos asociados: PARÁLISIS CEREBRAL, MICROCEFALIA		
Diagnóstico social: Familia nuclear compuesta. Las condiciones habitacionales son buenas. Familia garante de derechos aunque en cuanto a citas médicas, se debe estar haciendo seguimiento constante en pro de que los padres asistan de manera oportuna a estas. Se realiza acompañamiento en pro de la aceptación de la discapacidad de Dulce generando estrategias de psicoeducación, pautas de crianza, normas y límites.		
2. Datos de ingreso	Fecha de ingreso a la SDIS:	20/11/2023
	Fecha de ingreso al servicio	20/11/2023
	Fecha de ingreso al centro:	20/11/2023
3. Objetivo del estudio de caso: Identificar en el participante sus habilidades y destrezas, con el fin de implementar el plan de atención individual que promueva su inclusión efectiva, con apoyo de los referentes familiares, teniendo en cuenta sus necesidades particulares.		

4. Informe por líneas de acción.	
4.1. Desarrollo de habilidades y capacidades individuales:	
Enfermería: Dulce Noemí se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud EPS, Capital Salud, cuenta con los siguientes diagnósticos: Parálisis cerebral, microcefalia y discapacidad múltiple, es dependiente en las actividades de la vida diaria requiere de apoyo generalizado, tratamiento farmacológico es suministrado en casa para manejo conductual, se le realizó acompañamiento a consulta de psiquiatría hace un par de meses. Antecedentes quirúrgicos: Intervenciones a nivel gastrointestinal cirugía de colon, Actualmente le realizaron cirugía en miembros inferiores 18 de noviembre 2024 Tenotomía del tendón de Aquiles tipo vulpis bilateral, se encuentra en postoperatorio en casa con yeso en miembros inferiores a la fecha estable, posible retiro de yeso el 25 de noviembre 2024 o primeras semanas del mes de diciembre según evolución médica, cuenta con esquema de vacunas completo de primera infancia. Dependiente en las actividades de la vida diaria, no controla esfínteres, requiere uso de pañal, se debe asistir en la alimentación y traslado en silla de ruedas.	

UNIDAD OPERATIVA	CENTRO CRECER FONTIBÓN				
FECHA DE ELABORACIÓN	20	11	2024		
PAI INICIAL		AJUSTE AL PAI		X	ACTUALIZACIÓN AL PAI
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Nombres	DULCE NOEMI			Apellidos	VASQUEZ CAVIEDES
Tipo ID.	RC	Número de Documento	1030699779		

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.	Terapia Ocupacional: -Desarrollar independencia en actividades básicas de la vida diaria, (higiene, alimentación y vestido) donde haga parte de la actividad, fortaleciendo el agarre de utensilios, al igual que la identificación y uso, brindándole los apoyos y ajustes que requiere para ejecutar las actividades. -Desarrollar habilidades individuales a través del enfoque de neurodesarrollo, para favorecer cambios adaptativos y funcionales en respuesta a las demandas del ambiente. -Promover la participación en actividades sensorias motoras que fortalezcan adaptación, habilidades motoras finas y gruesas, afianzando la recepción procesamiento y respuesta a estímulos sensoriales, fortalecimiento del tono muscular para mejorar postura y mantener equilibrio en los movimientos. -Desarrollar y fortalecer patrones de movimiento que implementen mayor independencia durante la ejecución de actividades básicas de la vida diaria. Enfermería: -Fortalecer la práctica diaria del uso adecuado de los elementos de higiene, establecer rutinas, en el caso de Dulce Noemí apoyar y asistir de acuerdo a sus necesidades biológicas, cambio de pañal, lavado de manos, alimentación, higiene personal, dentro de la unidad operativa. Hacer seguimiento a las actividades como cepillado dental, baño diario, aseo y arreglo personal en el ámbito familiar.

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	CENTRO CRECER FONTIBÓN							
PERIODO DE REPORTE	Fecha Inicial	22	09	2024	Fecha final	15	12	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		Enfermería: Desde el área de cuidado para la salud se realizó verificación en el Adres confirmando que el participante se encuentra activo 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 del participante garantizando el derecho a la salud. Durante la permanencia del 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	22/11/2024	TELEFONICO	PRESENCIAL
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social	Nombre de la persona con discapacidad		
Sacario Quintero	John jairo salamanca quintero		
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
Recepción de soportes médicos del participante			
TEMAS ABORDADOS			
Se reciben soportes médicos del participante quien asistió a consulta con un especialista en pediatría el día 20/11/2024. envia ordenes de consulta por neurología pediátrica, potenciales evocados plan de inmunización, medicina física y rehabilitación, consulta de pediatría en un mes para valoración integral, consulta especialista en psiquiatría pediátrica, recomendaciones nutricionales plan nutricional. formula medica: - Euperedona solución oral 1mg/ml administrar 8 gotas via oral cada 24 h. durante 1 mes. - Albendazol 100mg/5ml suspensión oral administrar todo el contenido via oral una sola dosis despues de una comida principal. y suspender hasta dentro de 12 meses.			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
- Entregar soportes médicos de manera oportuna. - Seguir al pie de la letra las recomendaciones e indicaciones médicas - Avisar cambios en el estado de salud del participante - Avisar si se presentan barreras de acceso a los servicios de salud para acompañamiento.			

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO ACTA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO FAMILIAR	Código: FOR-PSS-202
		Versión: 0
		Fecha: Memo Int. 61867 del 06/11/2018
		Página: 1 de 1

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	FECHA	TIPO DE SEGUIMIENTO	
CENTRO CRECER FONTIBON	20/11/2024	TELEFONICO	PRESENCIAL
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social	Nombre de la persona con discapacidad		
Rocio Cuvedes	Julce noemi uaquez canoche		
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
Se realiza seguimiento a incapacidad y postoperatorio de la participante.			
TEMAS ABORDADOS			
Se realiza seguimiento a referente familiar de la participante via telefonico para conocer evolución del postoperatorio en miembros inferiores de la participante refiere que se encuentra estable con yeso permanece en cama, le formularon acetaminofen el cual ya no se lo administra porque la participante ya no presenta dolor le realizaron un primer control con el medico cirujano refiere que la observo y la ve bien proximo control el 25 de noviembre 2024 para definir si se retiran yesos o se postpone para la primera semana de diciembre al cual se le realizara acompañamiento.			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
- Seguir recomendaciones e indicaciones medicas del postoperatorio. - Avisar cambios en el estado de salud de la participante - Llevar a la participante a los controles indicados o según necesidad.			

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: CENTRO CRECER FONTIBÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: DAVID SANTIAGO CAMPOS MAHECHA

No. DE DOCUMENTO: 1014867449

RC ☐ TI ☒ CC ☐

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación y Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACIÓN (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)											
	01/11/2024			05/11/2024			09/11/2024			13/11/2024		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Superidona 5-5-5 solución oral 30ml x 30ml c/3h.	12			12			12			12		
Oxcarbapentina 4.5-4.5-4.5 suspensión oral 300mg/5ml frasco 100ml c/3h.	14			14			14			14		

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS

Versión: 0

Fecha: Memo INT18493 -
09/04/2018

Página: 1 de 1

NOMBRE DEL SERVICIO: CENTRO CRECERNOMBRE DEL CENTRO: CENTRO CRECER FONTIBÓN

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	FECHA DE INGRESO	LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA
Sandra Linarez Lopez	1033102184	Trazadona	Tabletas 100 mg	28 Tabletas	16/10/2024	P850F00	2007M-007356 E1	01/2026	Famisanar		
Cristian Ronaldo Cobo Velandia	1016040938	Trazadona	Tabletas 50 mg	20 Tabletas	24/10/2024	721B26	2022M-0003092 E2	07/2026	Capital Salud		
Sandra Linarez Lopez	1033102184	Quetiapina	Tabletas 25 mg	20 Tabletas	28/10/2024	9TF231720	2020M-001666A E1	11/2026	Famisanar		
Sandra Linarez Lopez	1033102184	Clozapina	Tabletas 20 mg	30 Tabletas	28/10/2024	66A060 71	2023M-005147 E2	04/2027	Famisanar		
Cristian Ronaldo Cobo Velandia	1016040938	Levomoprima 2mg	Solución oral 20 ml	20 ml	06/11/2024	340724	2022M-0005280 E2	07/2027	Capital Salud		
David Santiago Campos Mahecha	1014867449	Superidona	Solución oral 30ml x 30ml 11mg/1ml	Frasco 30 ml	07/11/2024	02400607	2021M-13362 E1	03/2026	famisanar		
David Santiago Campos Mahecha	1014867449	Oxcarbapentina	Suspensión 300mg/5ml	Frasco 100 ml	07/11/2024	ADP9F 2310	2020M-005558 E2	12/2025	famisanar		
Cristian Ronaldo Cobo Velandia	1016040938	Trazadona	Tabletas 50 mg	20 Tabletas	18/11/2024	721B36	2022M-0003092 E2	07/2026	Capital Salud		
Valery Yalena (Vio) Unas Diaz	1019999244	Acido Valproico	250mg/5ml Jarabe	120ml	18/11/2024	561259A	2020M-0007260 E2	07/2026	Compensar		

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

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

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Crecer Fontibón
MES: Noviembre AÑO: 2024
2. Nombre del responsable del diligenciamiento: Karen Gómez G – Carlos Eduardo Mora S

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar	3. Semana Uno							3. Semana Dos							3. Semana Tres							3. Semana Cuatro							3. Semana Cinco						
	del 1 al 1							del 4 al 8							del 11 al 15							del 18 al 22							del 25 al 29						
	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			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Paredes					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Techos					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Ventanas-anjeo					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Puertas					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Mesones					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	2	1	1	1									
Canecas					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	2									
Neveras					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Estufa					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Lavaplatos					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Congelador					2			NA	1	1	1	1			NA	2	1	1	1			1	1	1	1	1									
Canastillas					1			NA	1	2	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Licudora					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Campana Extractora					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Menaje					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Utensilios					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Frutas y verduras					1			NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Abarrotes					1			NA	1	1	1	1			NA	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 INCLUSION 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 FONTIBON	15/11/2024	TELEFONICO	PRESENCIAL
			X
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social		Nombre de la persona con discapacidad	
Johana Andrea Delgado Pulido		Juan Felipe Galeano Delgado	
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
Realizar Orientación por parte del área de enfermería y terapia ocupacional frente a procesos de independencia en actividades de la vida diaria.			
TEMAS ABORDADOS			
Se realiza orientación a la referente familiar del Participante Juan Felipe Galeano para fortalecer hábitos y rutinas en el control de esfínteres. La progenitora refiere la manera como lo maneja en casa. y adicionalmente se le brindan alternativas para los momentos que salen de casa, como cargar un recipiente, disminuir el consumo de líquidos y anticipar a Juan Felipe las actividades que van a realizar y que si tiene la necesidad de ir al baño avise para llevarlo al baño, adicionalmente se brindan estrategias para trabajar en casa actividades dirigidas y con propósito que favorezcan el seguimiento de comandos verbales y tolerancia a las actividades y manejo de materiales, proporcionando límites que establecen hasta donde puede llegar.			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
• Fortalecer control de esfínteres. • Fortalecer hábitos y rutinas			

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO SALIDAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-797
		Versión: 0
		Fecha: Memo I2024022831 – 16/08/2024
		Página: 2 de 15

SERVICIO SOCIAL: CENTRO CRECER FONTIBON	CONTRATO / CONVENIO: No aplica
---	--------------------------------

ACTIVIDAD: Recorrido guiado: Museo casa de los siete balcones

LUGAR / DIRECCION: CL 10 No. 3-61 barrio la candelaria	FECHA: 21/11/2024
--	-------------------

TIPO DE SALIDA			
----------------	--	--	--

Pedagógica		Cultural	X
Recreativa		Deportiva	
Ocupacional		Otra. ¿Cuál?	

OBJETIVO: Promover el desarrollo de habilidades enfocadas a los procesos de pre lectura y pre escritura a través de la exploración y el acercamiento a espacios lúdico pedagógicos.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD		
----------------------------	--	--

HORA	DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGIA	RECURSOS MATERIALES Y FISICOS REQUERIDOS
08:30 A.M. A 09:30 AM.	Rutina de alimentación y protocolos de autocuidado.	Recurso Humano (profesionales del centro crecer Fontibón)
09:00 A.M. A 10:00 AM.	Desplazamiento desde el centro crecer Fontibón ubicado en la CL 22f No. 106-26 hacia la biblioteca Luis Ángel Arango ubicada en la CL 10 No. 3-61 barrio la candelaria.	Recurso Humano Compendio de Doc. Copia de la Póliza Lista de los NNA con N° de contactos Lista de líneas de emergencia Recurso Humano Educadora especial Enfermero Servicio de ruta

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	18	MES	11	AÑO 2024
Nombre de la unidad operativa	CENTRO CRECER FONTIBON	Fecha final	DIA	22	MES	11	AÑO 2024

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

SEMANA DEL 18 DE NOVIEMBRE AL 22 DE NOVIEMBRE 2024

Lunes 18 de Noviembre de 2024	07:30 A 07:50	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Pausa activa
Lunes 18 de Noviembre de 2024	07:50 A 08:30	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Revisión Cefalocaudal
Lunes 18 de Noviembre 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 18 de Noviembre 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 18 de Noviembre 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 18 de Noviembre 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 18 de Noviembre de 2024	12:00 A 13:00	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Apoyo alimentación de los participantes

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO FICHA TECNICA PARA LA PLANEACION DE ACTIVIDADES CENTROS CRECER DOCUMENTO NO COTROLADO	Código:
		Versión: 0
		Fecha:
		Página: 1 de 4

UNIDAD OPERATIVA		CENTRO CRECER FONTIBÓN	PERÍODO	NOVIEMBRE 2024	
NOMBRE DE EL/LA PROFESIONAL		CARLOS MORA	ÁREA	CUIDADOS PARA LA SALUD	
LÍNEA DE ACCIÓN	DESARROLLO DE HABILIDADES Y CAPACIDADES INDIVIDUALES	COMPONENTE	FORTALECIMIENTO	EJE DE ATENCIÓN	HABILIDADES ACADÉMICAS

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: CRISTIAN RONALDO COBO VELANDIA

No. DE DOCUMENTO: 1016040938 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
07/11/2024	participante que no asiste al día de hoy a la unidad operativa	
05/11/2024	ingresa participante se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. se le participante de la unidad operativa sin hallazgos a reportar.	
06/11/2024	ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. se le participante de la unidad operativa sin hallazgos a reportar.	
07/11/2024	ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. se le participante de la unidad operativa sin hallazgos a reportar.	
08/11/2024	ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. se le participante de la unidad operativa sin hallazgos a reportar.	
12/11/2024	ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. se le participante de la unidad operativa sin hallazgos a reportar.	
14/11/2024	ingresa participante a la unidad operativa se realiza observación de condiciones físicas y mentales sin hallazgos a reportar. se le participante de la unidad operativa sin hallazgos a reportar.	
15/11/2024	participante no asiste a la unidad operativa el día de hoy por no tener redes	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: CENTRO CRECER FONTIBÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: DAVID SANTIAGO CAMPOS MAHECHA

No. DE DOCUMENTO: 1014867449

RC ☐ TI ☒ CC ☐

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación y Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACIÓN (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)											
	01/11/2024			05/11/2024			06/11/2024			07/11/2024		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Risperidona VO 5-5-5 solución oral gotas x30ml c/3h.	12			12			12			12		
Oxcarbazepina VO 4.5-4.5-4.5 suspen sion oral 300mg/ml frase 100ml c/3h.	14			14			14			14		



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS

Versión: 0

Fecha: Memo INT18493 -
09/04/2018

Página: 1 de 1

NOMBRE DEL SERVICIO: CENTRO CRECER

NOMBRE DEL CENTRO: CENTRO CRECER FONTIBÓN

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	FECHA DE INGRESO	LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA
Santia unides Lopez	1033102184	Tofiramat	Tabletas 100 mg	28 Tabletas	16/10/2024	P810F00	2007M-007256 E1	01/2026	Famisanar		
Cristian Ronaldo cabo Velandio	1016040938	Tramadon	Tabletas 50 mg	20 Tabletas	24/10/2024	721B36	2022M-0003092 E2	03/2026	Capital Salud		
Santia unides Lopez	1033102184	Qethapina	Tabletas 25mg	20 Tabletas	28/10/2024	9TF231320	2020M-001666A E1	11/2026	Famisanar		
Santia unides Lopez	1033102184	Clozapina	Tabletas 20 mg	30 Tabletas	28/10/2024	66A060 31	2023M-005143 E3	04/2027	Famisanar		
Cristian Ronaldo cabo Velandio	1016040938	Isomaxprama una	Solucion oral 20 ml	20 ml	06/11/2024	340724	2022M-0005280 E2	07/2027	Capital Salud		
David Santiago Campos mahecha	1014867449	Risperidona	Solucion oral gotas 1mg/ml	Frasco 30 ml	03/11/2024	02400607	2021M-0013362 E1	03/2026	famisanar		
David Santiago Campos mahecha	1014867449	Oxcarbazepina	Suspension 300mg/5ml	Frasco 100 ml	03/11/2024	AD09F 2310	2020M-0005658 E2	12/2025	famisanar		
Cristian Ronaldo cabo Velandio	1016040938	Tramadon	Tabletas 50 mg	20 Tabletas	18/11/2024	721B36	2022M-0003092 E2	03/2026	Capital Salud		
Valery Valena (Viz) unides Diaz	1019999224	Acido Valproico	250mg/5ml Jarabe	120ml	18/11/2024	561250A	2020M-0009240 E1	03/2026	Compensar		

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		7		8		9	10	11	12	13	14
Item		Nombres y Apellidos		Documento de identidad		Entidad / Dependencia	Rol / Cargo	Planta / Contratista	Correo electrónico	Teléfono y Ext / Celular	Firma
		8.1 Tipo	8.2 Número								
1	JUAN HERNANDEZ SANCHEZ			CC. FONTIBON	TALLER DE MUSEO	CONTRATISTA	neo252@gmail.com				
2	Angelo Alvarado			CC Fontibon	Coordinador	Contratista	overheadecologia@gmail.com				
3	Mari Dinelis Castro Apala			Centro crecer Fontibon	Puro laym	Contratista	denickayalvarez@gmail.com				
4	Angie Vanessa Ardiel Jimenez			CC Fontibon	Talleres Social	Contratista	angieardiel@gmail.com				
5	Yamir Juan Ramirez			CC Fontibon	Educador Fisico	Contratista	macarunpinto@gmail.com				
6	Laura Natalia Higuera C			CC Fontibon	Educador Especial	Contratista	Nataliahiguera99@gmail.com				
7	Yenny Marcela Pulido R			Centro Crecer Fontibon	Terapeuta Ocupacional	Contratista	Yenny.Pulido@hotmail.com				
8	Yenny Karolina Ojeda			Centro Crecer Fontibon	Auxiliar de enfermería	Contratista	Yenny.Ojeda19@gmail.com				
9	Araceli Rodriguez Fierro			Centro Crecer Fontibon	Educación Especial	Contratista	araceli.rodriguez@gmail.com				
10	MARY CRUZ GARCIA SANCHEZ			CENTRO CRECER FONTIBON	AUXILIAR ENFERMERIA	CONTRATISTA	MARYGARCIA@gmail.com				
11	Carlos Eduardo Mora Rodriguez			CC Fontibon	Enfermero	Contratista	carlosmora@gmail.com				
12	Andrea M. Suarez Gomez			C.C. Fontibon	Fisioterapeuta	Contratista	andrea.suarezgomez@gmail.com				
13	Daniela Magdalena Sanchez			C.C. Fontibon	Edu. Especial	Contratista	msanchezvanessa@gmail.com				
14	Fabian Alejandro Yangua			C.C. Fontibon	Tallerista Art	Contratista	yanguafabian@gmail.com				

6. item	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad		9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono / Ext. / Celular	14. Firma
		8.1 Tipo	8.2 Número						
1	Juan Alberto Viquez Rey			Creceer Calandamun	Infermero	Contratista	juanespuj@gmail.com		
2	Carlos Eduardo Forero R.			CC Fantibon	Enfermero	Contratista	caedumoro@gmail.com		
3	MARY CRUZ GARCIA SANCHEZ			CC FANTIBON	AUXILIAR ENFERMERIA	Contratista	marycruz89@gmail.com		
4	Vilma Johette Bayona			CC Hermosa Vista	Aux. Enfermera	Contratista	vibayona.maria@gmail.com		
5	Yenny MARYZA OZEDA			CC Fantibon	AUXILIAR ENFERMERIA	Contratista	yennyozeda2010@gmail.com		
6	Dennis Pilega Pineda			CC La Victoria	AUX. Enfermera	Contratista	denislap3752@gmail.com		
7	Leidy Gorgina Vargas			CC Tejares	Enfermera	Contratista	gencv24@gmail.com		
8	Aracelis Patricia Montoya R.			Centro Creceer Párrafo Divi	AUX. Enfermera	Contratista	paty1308@hotmail.com		
9	Theresa Wiest Buitrago			Centro Creceer Párrafo Divi	Enfermera	Contratista	theresawiest@gmail.com		
10	Jose Armando Forero Arcego			CC Basa	Enfermera	Contratista	angelamdb@gmail.com		
11	Daniela Lopez Fonseca			Centro Creceer Los Martires	Enfermera	Contratista	daniela10102@gmail.com		
12	JESSICA GARCIA HELAO			CC WACHEN	ENFERMERA	PROPIETARIA	JENIKUTAKA@GMAIL.COM		
13	EMILY ZULEYDA CORDOBA OLIVERA			CC WACHEN	AUX. ENFERMERA	Contratista	clantazulpe@gmail.com		
14	Rafael Andres Rodriguez			CC Los Angeles	Enfermera	Contratista	andrerodriguez13@gmail.com		
15	Cielo Culdrin Perez			CC Los Angeles	AUX. ENFERMERA	Contratista	cieloperez1305@gmail.com		

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: 20/11/2024

RUTA: ENGATIVA

No. DE PLACA NCW 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					
2	Claudia Milena Salamanca Quintero	07:04	Victor Jolios	13:00	Victor Jolios	
3	John Jairo Salamanca Quintero					
4	Laura valentina González Jiménez	07:04	Juan G	13:00	Juan G	
5	Juan Felipe Galeano Delgado	07:12	Juan R	16:45	Juan R	
6	Ángel Daniel Zarate Rivillas					
7	Lousiana Alarcón Bustos					
8	Fabian Andres Felipe Chaparro	08:00	Fabian	16:02	Fabian	
9	Andres Stiven Hernández Fonseca		Yeranda Fonseca	16:02	Yeranda Fonseca	
10	Sara Sofía Torres Posada	07:50	Sara	16:08	Sara	
11	Mathias Rodríguez Valbuena					
12	Luciana Gabriela Hurtado Medina		Esmeralda H	16:02	Esmeralda H	
13	Valeria Leandro Otálora	08:08	Helena Otálora	15:44	Helena Otálora	
14	Yordy Alejandro Gutiérrez García	08:15	Helena Otálora	15:50	Helena Otálora	
15	Brayan Stiven Machuca Robayo					
16	Dilan Alec Rodriguez	08:15	Dilan	15:53	Dilan	
17	David Esteban Esteban cuenca					
18						
19						



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
2024-10	2024-10	I	08/11/2024	81206404	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
2024-10	2024-10	I	08/11/2024	81206404	\$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 excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1068926823	MORA RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO	59	0			N																	230301	1.750.000	280.000	0	0	0	0	EPS008	1.750.000	218.800	14-23	1.750.000	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Pago PSE Exitoso

1 mensaje

<avillas@bancoavillas.com.co>
Para: carlosmora012988@hotmail.com

vie, 8 de nov. de 2024 a la hora 10:32 a. m.

***** Este mensaje y sus anexos han sido sometidos a programas antivirus, por lo cual consideramos se encuentra libres de virus o cualquier anomalía que pueda afectar a terceros, sin embargo, el destinatario debe verificar con sus propias protecciones que ellos no están afectados por virus u otros defectos, en cuyo caso, el remitente no asume responsabilidad alguna por el recibo, transmisión y uso de éste material. *****



Hola CARLOS ,

Tu pago PSE del día 08/11/2024 a las 10:32 con tu cuenta 0951 por \$ 508,000.00 ha sido exitoso.

Gracias por confiar en la calidad de nuestro servicio rápido y fácil

IMPORTANTE: Si tú no realizaste el pago por favor comunícate con nosotros.

Recuerda que el Banco AV Villas no te contactará para pedirte o confirmarte las contraseñas de tus cuentas a través del teléfono, correo electrónico o cualquier otro medio. No hagas caso a mensajes alarmantes o urgentes que te pidan cambiar las contraseñas, por motivos de renovación tecnológica o bloqueo de productos.

Te pedimos que no contestes este correo electrónico, ya que simplemente es informativo y nadie lo consultará. Si tienes alguna duda, por favor llama a nuestras líneas en:

- Bogotá:601 444 1777
- Barranquilla:605 330 4330
- Bucaramanga:607 630 2980
- Medellín:604 325 6000
- Cali:602 885 9595
- Resto del país:01 8000 51 8000

Cordial saludo,

Banco AV Villas

Aviso legal:El contenido de este mensaje y sus archivos adjuntos son confidenciales y uso exclusivo del Banco AV Villas. Se encuentran dirigidos sólo para uso del destinatario al cual van enviados. Su reproducción, lectura y/o copia se encuentran prohibidas a cualquier persona diferente a éste y puede ser ilegal. Si tú los ha recibido por error, infórmanos y elimínalo de tu correo. Las opiniones, informaciones, conclusiones y cualquier otro tipo de dato contenido en este correo electrónico no relacionados con la actividad del Banco AV Villas, se entenderán como personales y de ninguna manera son avaladas por el banco. Gracias.

**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 Noviembre 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
26771659

CER-AFI

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

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

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 23 de Noviembre 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

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	6/06/2024 7:53:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	26/06/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	3.645.460 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	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)	24/09/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.374.552 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	005	1/10/2024 7:22:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30 días de tiempo transcurrido (24/10/2024 12:00:00 AM((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.374.552 COP	Pagado	Detalle
Pago 006	006	22 días de tiempo transcurrido (1/11/2024 5:52:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	18 horas de tiempo transcurrido (23/11/2024 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
☐	Curso Integridad Transparencia y Lucha contra la corrupcion. (1).pdf	Curso Integridad Transparencia y Lucha contra la corrupcion. (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	InfEjec-8124-2024-informe5.pdf	InfEjec-8124-2024-informe5.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	InfSup-8124-2024-informe5.pdf	InfSup-8124-2024-informe5.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar Cargar nuevo		