

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	16/01/2025 AL 31/01/2025	
EJECUCIÓN	FINANCIERA% 90	FISICA% 97

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

CAMBIO DE PAÑAL

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

- 1. YORDY GUTIERREZ
- 2. VALERIA LEANDRO
- 3. CRISTIAN ABELLO
- 4. SARITA LINARES
- 5. OSCAR ACOSTA
- 6. SERGIO PLAZAS
- 7. DYLAN CARPIO
- 8. DILAN ALEC RODRIGUEZ
- 9. DULCE VASQUEZ
- 10. GEREMIAS TOVAR
- 11. DANA ROCHA
- 12. CRISTIAN MENDIVELSO
- 13. LUCIANA HURTADO
- 14. TATIANA TARAZONA
- 15. KAREN CAMACHO
- 16. BRAYAN MACHUCA
- 17. OSCAR MARCIALES
- 18. JHON SALAMANCA
- 19. JUAN FELIPE GALEANO
- 20. LUCA CAMARGO
- 21. JHON SALAMANCA
- 22. FABIAN HIGUERA

NOMBRE	MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS/VIA	HORA
MARIA JOSE RIOS	LACOSAMIDA	TABLETA 200 MG	200 MG/ V.O	8 AM
OSCAR MARCIALES	TOPIRAMATO	TABLETAS 100 MG	100 MG/V.O	8 AM
CRISTIAN COBO	TRAZADONA	TABLETAS DE 50 MG	100 MG/ V.O	10 AM
CRISTIAN COBO	LEVOMEPROMAZI NA	SOLUCIOS ORAL GOTAS	20 GOTAS/V.O	12 AM
SANTIAGO CAMPOS	RISPERIDONA	SOLUCION ORAL GOTAS	5 GOTAS /V.O	12 AM
CRISTIAN COBO	OXCARBAZEPINA	SUPENSION	20 CC/V.O	13 PM
CRISTIAN COBO	RISPERIDONA	TABLETAS DE 1MG	2 MG/V.O	14 PM
SARITA LINARES	CLOBAZAM	TABLETAS DE 10 MG	10 MG/V.O	14 PM
SARITA LINARES	LACOSAMIDA	TABLETAS DE 100 MG	100 MG V.O	14 PM
SARITA LINARES	TOPIRAMATO	TABLETAS DE 100 MG	100 MG/V.O	14 PM
SANTIAGO CAMPOS	OXCARBAZEPINA	SUPENSION	4.5 CC/V.O	14 PM
VALERY VIVAS	ACIDO VALPROICO	JARABE	6 CC/V.O	14 PM
VALERIA ZULUAGA	OXCARBAZEPINA	SUPENSION	6 CC/V.O	14 PM
DYLAN CARPIO	ACIDO VALPROICO	JARABE	3 CC/V.O	14 PM
OSCAR ACOSTA	LEVETIRACETAM	SOLUCION ORAL	3.5 CC/V.O	14 PM
BRAYAN MACHUCA	OXCARBAZEPINA	SUPENSION	6 CC/V.O	14 PM
OTTO EMANUEL SAAVEDRA	LACOSAMIDA	TABLETAS DE 200 MG	200 MG V.O	15 PM

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

Fecha: 28/01/2025

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: OTTO MANUEL SALVADOR RODRIGUEZ		
Edad: 15 AÑOS	Lugar y fecha de nacimiento: CARABOBO-VENEZUELA, 23/09/2009	
Diagnóstico de discapacidad: DISCAPACIDAD INTELECTUAL		
Diagnósticos asociados: N/A		
Diagnóstico social: Familia de tipología monoparental, conformada por la madre y sus dos hijos, en este periodo están en proceso de traslado de su hijo menor quien estará a cargo de la hermana mayor ya que aquí en Bogotá la madre no cuenta con redes de apoyo. Se evidencia nivel de corresponsabilidad alto en los procesos de Otto Manuel. Existe establecimiento de normas y reglas, se evidencian figura autoritaria en la madre en pro del establecimiento de hábitos y rutinas.		
2. Datos de ingreso	Fecha de ingreso a la SDIS:	04/02/2022
	Fecha de ingreso al servicio	04/02/2022
	Fecha de ingreso al centro:	04/02/2022
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. Enfermería: Otto se encuentra activo en la EPS COMPENSAR, es un participante que cuenta con tratamiento farmacológico, lacosamida tableta de 200mg cada 12 horas, la cual se lo suministran en casa y en la unidad operativa, adicionalmente le formularon clobazam 20 mlg el cual no se le suministra al participante por decisión propia de la referente familiar ya que ella expresa que ese medicamento exacerba el comportamiento del participante y los síntomas patológicos, asisten de manera periódica a controles médicos por los diferentes especialistas en ocasiones presenta algunas alteraciones lo cual por medio de psiquiatría le han realizado varios ajustes en cuanto a la medicación, controla esfínteres y se le supervisa en la ejecución de las diferentes actividades como el lavado de manos, se le supervisa en la limpieza perineal ya que no lo ejecuta de la mejor manera, se le refiere a la referente familiar que es importante que haga llegar los soportes médicos de manera oportuna al servicio para llevar un control para seguimiento y plan de manejo de acuerdo a las indicaciones médicas..		

UNIDAD OPERATIVA	CENTRO CRECER FONTIBÓN				
FECHA DE ELABORACIÓN	24	01	2025		
PAI INICIAL		AJUSTE AL PAI		X	ACTUALIZACIÓN AL PAI
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Nombres	OTTOMANUEL SALVADOR			Apellidos	SAAVEDRA RODRIGUEZ
Tipo ID.	TI	Número de Documento	1016116786		

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: - Fortalecer el desarrollo de habilidades individuales promoviendo independencia 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. -Desarrollar habilidades adaptativas básicas de la vida diaria con apoyo promoviendo seguimiento de instrucciones en actividades cotidianas y la tolerancia a actividades -Desarrollar y fortalecer habilidades Ejecutivas en relación a procesos de independencia, que promuevan adaptabilidad. -Desarrollar y fortalecer habilidades sensorio motoras que fortalezcan adaptación en el entorno afianzando la recepción procesamiento y respuesta a estímulos sensoriales. Que favorezcan la ejecución de actividades básicas. Desde el área de enfermería se requiere fortalecer la práctica diaria del uso adecuado de los elementos de higiene menor y mayor como son el uso de papel higiénico, lavado de manos, 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 1

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	FECHA	TIPO DE SEGUIMIENTO	
CENTRO CRECER FONTIBON	22/01/2025	TELEFONICO	PRESENCIAL
			X
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social	Nombre de la persona con discapacidad		
Gloria Gonzalez	Valeria Rincón Zubaga.		
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
Recepción soportes historia clinica de la participante.			
TEMAS ABORDADOS			
Recibo soportes de historia clinica de la participante de consulta con neuropediatría y pediatría con fecha del día 24 de diciembre del 2024 y 02 de enero del 2025, Adicionalmente recibo formula y medicamento para administración en la unidad operativa oxcarbazepina suspensión frasco x 100 ml c/8h. dar 6 cc. total folios 7.			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
Continuar con la entrega de soportes médicos de manera oportuna para seguimiento y plan de manejo según indicaciones médicas. - Avisar cambios en el estado de salud de la participante y formula médica.			

 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	22/01/2025	TELEFONICO	PRESENCIAL
			X
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del referente familiar o social	Nombre de la persona con discapacidad		
OSCAR JAVIER ACOSTA HERRERA	OSCAR SANTIAGO ACOSTA BRITO		
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
Tratamiento farmacológico, entrega de formula y medicamento e historia clinica			
TEMAS ABORDADOS			
Recibo formula medica, historia clinica y medicamento del participante para dar (continua) continuidad al margen terapeutico (segun indicaciones medicas) y administración de medicamento dentro de la unidad operativa. - Recibo (cacetiracetum frasco x 300 ml indicación 3,5 cc c/8h. - Recibo formula médica vigente e historia clinica vigente total folios 5 consulta del día 13/01/2025 medicina física y rehabilitación.			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
Continuar con la entrega de soportes médicos de manera oportuna para seguimiento y plan de manejo según indicaciones médicas. Continuar con la entrega de medicamentos y formula médica según corresponda para administración			

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 SARITA LINARES LOPEZ

No. DE DOCUMENTO: 1033102184

RC ☐ TI ☒ CC ☐

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)																										
	21/01/2025			22/01/2025			23/01/2025			24/01/2025			Día no festivo			Día no festivo			Día no festivo			Día no festivo			Día no festivo		
	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
Topiramato v.o. 7-7-7 100mg c/8h.																											
														</													

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-146

Versión: 0

Fecha: Memo INT18493 -
09/04/2018

Página: 1 de 1

NOMBRE DEL SERVICIO: Centros 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
Sarita Linares Lopez		Topiramato	Tabletas 100 mg	28	17/01/2025	PE52907	2009M-003256-21	04/2026	Familianav		
Sarita Linares Lopez		Lacosamida	Tabletas 100 mg	28	17/01/2025	7632307	2012M-0011054-22	03/03/2029	Familianav		
Sarita Linares Lopez		Clobazam	Tabletas 10 mg	30	17/01/2025	DEA03737	2022M-000421-24	01/2026	Familianav		
Cristian Ronald Cobo Velandier		Excitazepam	Suspensión 100 ml	1+1	17/01/2025	A00AF2763	2020M-005658-22	07/2026	Capital Salud		
Cristian Ronald Cobo Velandier		Excitazepam	Suspensión 100 ml	1	17/01/2025	A00AF2763	2020M-005658-22	05/2026	Capital Salud		
Cristian Ronald Cobo Velandier		Levomoprometina	Solución 20 ml	1	17/01/2025	4F517	2007M-0007588	02/2028	Capital Salud		
Cristian Ronald Cobo Velandier		Tiazudona	Tabletas 50 mg	20	17/01/2025	3278-12	2022M-0003042-22	09/2026	Capital Salud		
Maria Jose Rios Rios		Lacosamida	Tabletas 200 mg	70	17/01/2025	24030090	2019M-0018788	02/2026	Sanitas		
offmarcos Salazar Salazar		Lacosamida	Tabletas 200 mg	28	17/01/2025	6LAT424	2020M-0019934	10/2026	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 PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO SEGUIMIENTO ELEMENTOS BOTIQUÍN	Código: FOR-PSS-363
		Versión: 0
		Fecha: Memo I2019049941 – 02/12/2019
		Página: 1 de 2

Centro: CRECER Fantibon

Tipo de botiquín: Portátil ☒ Fijo ☐

Listado de elemento	Cantidad	Fecha de adquisición	Fecha de vencimiento
GASA Limpiaj Pockets X 700	7	22/07/2024	20/09/2026
GASA APOSITO	0		
Espaldador de tela Bollo 4 Pulgadas	2	22/07/2024	03/2026 27/09/2018
Baja Lenguaj Pockets X 20 unidades	2	22/07/2024	09/2027
Venda elastica de 2X5Y	2	22/07/2024	7/2026
Venda elastica de 5X5Y	2	22/07/2024	07/2027 09/09/2015
Venda de algodon de 3X5Y	2	22/07/2024	07/2027 7/2028
Venda de algodon de 5X5Y	2	22/07/2024	07/12/2026 07/12/2026
Termometro de mercurio digital	7	22/07/2024	
Alcohol Antiseptico DE 200 ml	7	22/07/2024	12/2025
TIJERAS	7	22/07/2024	
Linterna	7	22/07/2024	
pilas de repuesto par	4	22/07/2024	
tabla espinal larga	7	22/07/2024	
collar cervical adulto	2	22/07/2024	
collar cervical niño	7	22/07/2024	
Fecha de verificación		Responsable - nombre y cargo	
20/07/2025		Carlos Mora - Enfermero	

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.

ACTIVIDAD DE BIENVENIDA CENTRO CRECER FONTIBÓN 2025

8:30 AM - 8:45 AM

Saludo de Bienvenida y protocolo con himnos. **(Yamith y Bibiana).**

8:45 AM - G: 45 AM

Refrigerio **(Profesionales encargados).**

G: 45 AM - 10:00 AM

ABC y Adecuación de espacios **(Profesionales y enfermeros encargados).**

10:00 AM - 11:00 AM

CIRCUITO MOTOR	
Los responsables de las estaciones apoyaran la instalación de las mismas.	
MOVILIDAD REDUCIDA - COMEDOR Y	CON MOVILIDAD - PATIO
Estaciones: 1. Zigzag y Tenis adaptado. Se adecuará una pista con conos, raquetas, pelotas y aros donde los participantes se desplazarán de manera autónoma o con apoyo de un profesional en desplazamiento del participante y otro en la adecuación de la estación. (Estación - Angie). 2. Boli - Boccia Se lanzarán pelotas de Boccia con o sin canaleta para tumbar pinos de bolos de manera autónoma o con apoyo de un profesional para lanzamiento y otro en la adecuación de la estación. (Estación - Damaris). 3. Multi Sensorial de carácter visual, táctil y auditivo. (Gimnasio). Se adaptará el gimnasio con colchonetas donde se ubicarán a los participantes para la actividad de Estimulación sensorial con apoyo de 1 profesional. (Estación - Bibiana). Profesionales de apoyo con grupos para rotación Marcela, Carlos y Mary.	Estaciones: Este grupo se subdividirá en 3 grupos que rotaran en 3 estaciones en simultaneidad. 1. Lanzamiento al cilindro. Los participantes lanzaran en diferentes posiciones y formas las pelotas a encestar. (Estación - Yamith). 2. Remate a Gol. Los participantes por turnos rematar al arco buscan hacer gol. (Estación - Daniela). 3. “Desafío” desplazamiento en colchonetas: Sobrepasar, gatear, rolar y equilibrar. (Estación – Laura). Profesionales de apoyo con grupos para rotación Yeimy, Ana y Fabián.

11:00 AM – 12:00 PM

KARAOKE Y FIESTA DE BIENVENIDA (Yamith y Bibiana).

Los participantes cantaran y bailaran a su gusto con el acompañamiento del equipo profesional.

Habilidades Básicas (Fabián -
Angie) Fortalecimiento (Damaris)

Pre Vocacional 1 (Marcela)

Pre Vocacional 2 (Ana)

Pre Vocacional 3 (Daniela)

Vocacional (Laura)

Equipo de enfermería en rutina de cambio de pañal.

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 PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO CRONOGRAMA SEMANAL PROFESIONALES CENTROS CRECER DOCUMENTO NO COTROLADO	Código:
		Versión: 0
		Fecha:
		Página: 1 de 7

Nombre del servicio	CENTROS CRECER	Fecha inicial	DIA	20	MES	01	ANO 2025
Nombre de la unidad operativa	CENTRO CRECER FONTIBON	Fecha final	DIA	24	MES	01	ANO 2025

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

SEMANA DEL 20 DE ENERO AL 24 DE ENERO 2025

Lunes 20 de enero de 2025	08:00 A 4:00	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Jornada de cualificación y acciones administrativas
Martes 21 de enero de 2025	07:30 A 07:50	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Pausa activa
Martes 21 de enero de 2025	07:50 A 08:30	PROFESIONAL: Carlos Mora área: Cuidados para la salud	ACTIVIDAD: Revisión Cefalocaudal
Martes 21 de enero de 2025	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
Martes 21 de enero de 2025	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

 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	ENERO 2025	
NOMBRE DE EL/LA PROFESIONAL		CARLOS MORA	ÁREA	CUIDADOS PARA LA SALUD	
LÍNEA DE ACCIÓN	DESARROLLO DE HABILIDADES Y CAPACIDADES INDIVIDUALES	COMPONENTE	VOCACIONAL OCUPACIONAL	EJE DE ATENCIÓN	HABILIDADES OCUPACIONALES

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	
- Fortalecer hábitos de higiene a través del lavado de manos y uso correcto de los elementos de aseo personal - Identificación de implementos de aseo personal. - Fortalecer hábitos de vida saludable a través de talleres de promoción y prevención - Fortalecer independencia a través del autocuidado y presentación personal dentro de las actividades diarias.	

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: X 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
21/07/2025 8:00	ingresa participante se realiza observacion de condiciones Fisicas y mentales sin hallazgos a reportar	
16:00	Salie participante Sin hallazgos a reportar	
22/01/2025 8:00	Ingresa participante Se realiza observacion de condiciones Fisicas y mentales Sin hallazgos a reportar	
16:00	Salie participante Sin hallazgos a reportar	
23/01/2025 8:00	Ingresa participante Se realiza observacion de condiciones Fisicas y mentales Sin hallazgos a reportar	
16:00	Salie participante Sin hallazgos a reportar	
24/01/2025 8:00	Ingresa participante Se realiza observacion de condiciones Fisicas y mentales Sin hallazgos a reportar	
16:00	Salie participante Sin hallazgos a reportar	



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: SARITA LINARES LOPEZ

No. DE DOCUMENTO: 1033102184

RC ☐ TI ☒ CC ☐

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACIÓN (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)																							
	21/01/2025			22/01/2025			23/01/2025			24/01/2025			Día no prestado			Día no prestado			Día no prestado			Día no prestado		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Topiramato U.O. 7-7-7 100 mg C/8h.																								
		14			14			14			14													
Lacosamida U.O. 2-1-1 tabletas 100 mg C/8h.																								
		14			14			14			14													
Clobazam U.O. 7-7-7 tabletas de 10 mg C/8h.																								
		14			14			14			14													



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-146

Versión: 0

Fecha: Memo INT18493 -
09/04/2018

Página: 1 de 1

NOMBRE DEL SERVICIO: Centros crecer

NOMBRE DEL CENTRO: Centro crecer Fontibón

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	FECHA DE INGRESO	LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA
Sarita Linares Lopez		Topiramato	Tabletas 100 mg	28	17/01/2025	PE12901	2009M-003256-21	04/2026	Famijonav		
Sarita Linares Lopez		Lacosamida	Tabletas 100 mg	28	17/01/2025	7632301	2012M-0011054-22	03/03/2029	Famijonav		
Sarita Linares Lopez		Clobazam	Tabletas 10 mg	30	17/01/2025	DEAC03337	2022M-002421-24	01/2026	Famijonav		
Cristian Ronaldo Cobo Velandier		Oxcarbazepina	Suspensión 100 ml	1+1	17/01/2025	A00AF2763	2020M-005658-22	07/2026	Capital Salud		
Cristian Ronaldo Cobo Velandier		Oxcarbazepina	Suspensión 100 ml	1	17/01/2025	A00AF2763	2020M-005658-22	05/2026	Capital Salud		
Cristian Ronaldo Cobo Velandier		Levomoprometina	Solución 20 ml	1	17/01/2025	4F517	2007M-0007588	02/2028	Capital Salud		
Cristian Ronaldo Cobo Velandier		Trazodona	Tabletas 50 mg	20	17/01/2025	3278-12	2022M-0023042-22	09/2026	Capital Salud		
Maria Jose Riza Ruzca		Lacosamida	Tabletas 200 mg	10	17/01/2025	24030090	2019M-0018788	02/2026	Sanitas		
offmanes salcedo saceda		Lacosamida	Tabletas 200 mg	28	17/01/2025	6LAT424	2020M-0019934	10/2026	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. ítem		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	Susana Lopez Ayala						Madre		SusanaLopez027@gmail.com		
2	Sonia Mayerli Velazquez						Madre				
3	William Andres Maldonado						Padre		wmaldonado@gmail.com		
4	Guillermo Zuloaga F						Abuelo		Polo6777@gmail.com		
5	Yolyska Engelhardt						Madre		Yolyska30590@gmail.com		
6	Nelson Vilas						Papa		NelsonVilas1406@gmail.com		
7	Tatiana Carolina Chacón						Madre		tatiana.chacon24@hotmail.com		
8	Merly M. Gumbay						madre		gumbayfe04verly@gmail.com		
9	Catherin Cordovez						Madre		Catherin.Cordovez2407@gmail.com		
10	Heleno Ojalosa C.						Madre		heleno.wa@hotmail.com		
11	Luz Amanda Cordero G.						MADRE				
12	Marta Garcia Diaz						MAMA		alexchaz994@gmail.com		
13	Diana Lorena Ruiz						Madre		dianalorenarua@gmail.com		
14	Viviana Suarez Montenegro						madre		vivisuares910@hotmail.com		
15	Macario Camargo						Papa		macariocamargo777@yahoo.com		
16	Sonia Posada						Mama		Sonia2677@hotmail.com		
17	Madre Sanchez B						Madre		madresb2019@gmail.com		
18	Diana Acero						Madre		dianaacero2406@gmail.com		
19	Luz Marina Cordero						MAMA		luzmaria.cordero23@gmail.com		
20	Olga Lucia Bustos						MAMA				

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

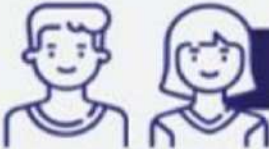
Toda actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.



**ATENCIÓN INTEGRAL
CUIDAMOS DE TU SALUD**

¡Ven, inscríbete y participa!
*Cuidadores y cuidadoras de
personas con discapacidad*

CIA 429 - 2023

 **Tú puedes ser**
una de las 100
personas beneficiadas con
actividades alternativas en salud

Acércate este lunes 21 de octubre de 2024
A las 10:00 am
Centro Crecer Fontibón
CL 22F # 106 – 26, Bogotá

**Acompañamiento al cierre
del taller de cuidadores.**

 Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

 ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

 ALCALDÍA LOCAL DE
FONTIBÓN

 **BOGOTÁ**

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: 22/01/2025

RUTA: CALI

No. DE PLACA WL9235

No	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	HORA INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA	HORA SALIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA	OBSERVACIONES
1	Tatiana Alejandra Tarazona	7:00	Karol Acosta	4:55	Karol Acosta	
2	Samuel David Perilla	7:00	Maria Gutierrez	16:45	Maria Gutierrez	
3	Mateo Pedroza Casa	06:45	Patricio Russi	16:40	Patricio Russi	
4	Martin Camilo González Barrios	07:00	Nilton Russi	16:35	Nilton Russi	
5	Dana Marcela Rocha Quimbay					
6	Cristian David Vidal Torres					
7	David Julio Bauta Chávez					
8	Emmanuel Vásquez Bustos	07:29	Olga Bustos	16:20	Olga Bustos	
9	Oscar Santiago Acosta Brito	07:29	Mercedes Herrera	16:20	Oscar Acosta	
10	David Santiago Campos Mahecha	7:50	Patricia Mahecha	4:13	Patricia Mahecha	
11	Sergio Andrés Plazas Méndez	07:55	Patricia	3:22	Patricia	
12	María José Ríos Rivera	08:05	Deivid Rios	16:05	Deivid Rios	
13	Valeria Rincón Zuluaga	08:10	JM	16:00	JM	
14	Cristian Ronaldo Cobo Velandia	08:14	Sonia	15:50	X	
15	Nikol Vanessa Roza	08:25	NIKOL ROZA	15:45	NIKOL ROZA	
16	Maicol Ruidiaz	08:25	Rosiris Ruidiaz	15:45	Rosiris Ruidiaz	
17						
18						

Campos obligatorios

NOMBRES DEL(OS) PROFESIONAL(ES) RESPONSABLES DE LA RUTA	CARGO O ÁREA INTERDISCIPLINAR	FIRMA DEL PROFESIONAL
Carlos Eduardo Mora Rodriguez	Enfermero	Carlos E. Mora

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	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	82686555	\$378.500	

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	162.500	0		0		0	4	500	0	163.000	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	208.000	0	0	0	0	4	600	0	208.600	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	6.800				6.800	4	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	162.500	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	378.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1068926823	CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ		Calle 48 sur #89b-43	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
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	82686555	\$378.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	IOL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1068926823	MORA RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO	59	0			N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CARLOS EDUARDO MORA RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1068926823, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230620	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Enero de 2.025

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
27572424

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 25 de Enero del 2025.

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.



Pago PSE Exitoso

1 mensaje

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

lun, 13 de ene. de 2025 a la hora 10:12 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 13/01/2025 a las 10:12 con tu cuenta 0951 por \$ 378,500.00 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.