

|                                                                                                                                                                                                                                |                    |               |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|--------------|
|  <div>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>ALTERNATIVAS SOCIALES<br/>Instituto Colombiano para la Promoción<br/>de la Ríe y la Juventud</div> | GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO        | A-GDO-FT-004 |
|                                                                                                                                                                                                                                |                    | VERSIÓN       | 06           |
|                                                                                                                                                                                                                                | ACTA               | PÁGINA        | 1 de 2       |
|                                                                                                                                                                                                                                |                    | VERSIÓN DESDE | 04/10/2022   |

|                     |                                                                                                          |       |         |        |           |   |  |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|--------|-----------|---|--|
|                     | COMITÉ                                                                                                   |       | JUNTA   |        | REUNIÓN   | X |  |
|                     |                                                                                                          |       | ACTA    |        |           |   |  |
| OBJETIVO /<br>TEMA: | Realizar seguimiento a los procesos y procedimientos del área de Terapia Ocupacional en la unidad La 32. |       |         |        |           |   |  |
| FECHA:              | 08 ENERO 2025                                                                                            | HORA: | 9:00 AM | LUGAR: | UPI LA 32 |   |  |

|                           |                                 |                     |                                                         |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------|
| Reunión Convocada<br>por: | Nombre                          | Dependencia         | Cargo                                                   |
|                           | MARIA LILIANA CUSGUEN<br>CHACON | GERENCIA OPERTATIVA | PROFESIONAL DE APOYO<br>PROCESOS TERAPIA<br>OCUPACIONAL |

|                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORDEN DEL DÍA                                                                                                                  |
| 1. Realizar seguimiento a los procesos y procedimientos adelantados por las profesionales en Terapia Ocupacional en la unidad. |
| 2. Seguimiento cargue de evidencias en DRIVE y SECOP II.                                                                       |
| Conclusiones y varios.                                                                                                         |

CONCLUSIONES

1. Se realiza reunión de seguimiento en la unidad por parte de la profesional de apoyo a la coordinación MARIA LILIANA CUSGUEN CHACON con la profesional de Terapia Ocupacional PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA, con el objetivo de revisar los avances y proyecciones de terapia ocupacional en la unidad.

Se realiza revisión de los indicadores con los que se cerró el mes de diciembre: valoraciones un total de 18 jóvenes, seguimientos un total de 21 casos atendidos. Se llevaron a cabo 2 talleres con el grupo de alfabetización con un total de 6 participantes y un taller de habilidades Cognitivas con un total de 20 jóvenes beneficiados. Se apoyó la salida a Carmen de Apicala los días 19 y 20 de diciembre con un total de 40 jóvenes participantes. Se participó en un total de 3 mesas misionales, 1 mesa misional de seguimiento a las acciones de la unidad y 2 mesas misionales de postulación a actividades de corresponsabilidad.

Para el mes de enero, se llevan adelantados los siguientes procesos, valoraciones un total de 2 jóvenes, seguimientos un total de 2 casos; para estas primeras semanas la asistencia de la población a la unidad ha sido baja. Se llevó a cabo un taller con el grupo de alfabetización con un total de 4 participantes. Se participó en un total de 3 mesas misionales, 2 de postulaciones y 1 de seguimiento a unidad.

La profesional termina su contrato el día 14 de enero, por lo que manifiesta que presentara un informe relacionando los casos especiales que están siendo atendidos mediante procesos de seguimiento desde Terapia Ocupacional a fin de que se pueda continuar con las atenciones correspondientes.

2. Se realiza revisión del cargue de evidencias en el DRIVE de terapia ocupacional encontrando: La profesional PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA, en el DRIVE tiene la totalidad de las evidencias cargadas hasta el mes de diciembre.

...

>

Documentos

>

2024

>

PAULA GONZALEZ

>

EVIDENCIAS PAGO 3 DICIEMBRE

[Ir al sitio](#)

|  Nombre       | Modificado | Modificado por      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|
|  OBLIGACION 1 | 09/12/2024 | Terapia Ocupacional |
|  OBLIGACION 2 | 09/12/2024 | Terapia Ocupacional |
|  OBLIGACION 3 | 09/12/2024 | Terapia Ocupacional |
|  OBLIGACION 4 | 09/12/2024 | Terapia Ocupacional |
|  OBLIGACION 6 | 09/12/2024 | Terapia Ocupacional |

CONCLUSIONES

En el SECOP II La profesional PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA presenta los siguientes hallazgos: se evidencia que en el contrato 2024-2575 se realizaron los ajustes a los hallazgos de cargue en la carpeta de evidencias del pago 3, actualmente está cargado completo EVIDENCIAS PAGO 3 DICIEMBRE Y PAGO 3 DICIEMBRE hasta el mes de diciembre con las subsanaciones correspondientes.

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                                         | Nombre del archivo                                         | Cargado por                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ACTA PAULA CAMILA GONZALEZ.pdf                             | ACTA PAULA CAMILA GONZALEZ.pdf                             | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO AFILIACION ARL PAULA CAMILA GONZALEZ.pdf       | CERTIFICADO AFILIACION ARL PAULA CAMILA GONZALEZ.pdf       | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> EVIDENCIAS PAGO 1 OCTUBRE.zip                              | EVIDENCIAS PAGO 1 OCTUBRE.zip                              | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> EVIDENCIAS PAGO 2 NOVIEMBRE.zip                            | EVIDENCIAS PAGO 2 NOVIEMBRE.zip                            | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> EVIDENCIAS PAGO 3 DICIEMBRE.zip                            | EVIDENCIAS PAGO 3 DICIEMBRE.zip                            | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> EVIDENCIAS PAGO 3 DICIEMBRE.zip (Archivado)                | EVIDENCIAS PAGO 3 DICIEMBRE.zip                            | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PAGO 1 OCTUBRE.pdf                                         | PAGO 1 OCTUBRE.pdf                                         | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PAGO 2 NOVIEMBRE.pdf                                       | PAGO 2 NOVIEMBRE.pdf                                       | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PAGO 3 DICIEMBRE.pdf                                       | PAGO 3 DICIEMBRE.pdf                                       | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> REGISTRO CTO 20242575 PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA.pdf | REGISTRO CTO 20242575 PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA.pdf | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

Se finaliza reunión sin otras novedades.

ANEXOS

Formato registro de asistencia comité, junta, reunión, capacitación y-o actividades de bienestar A-GDH-FT-010.

| PROXIMA REUNIÓN |     |       |     |        |     |
|-----------------|-----|-------|-----|--------|-----|
| FECHA:          | N.A | HORA: | N.A | LUGAR: | N.A |

| COMPROMISO | RESPONSABLE | FECHA<br>LÍMITE DE<br>PLAZO | ESTADO                                                 |
|------------|-------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| N.A        | N.A         | N.A                         | <input type="checkbox"/> Ok <input type="checkbox"/> R |

Firma: 

Nombre: MARIA LILIANA CUSGUEN CHACON

Presidente o Líder de la Reunión

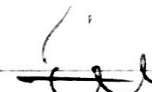
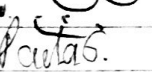
Firma: 

Nombre: PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA

Secretario (a) u Otro Representante

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                          |  |               |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>INSTITUCIÓN DE LA POLÍTICA<br>DE LA TRAYECTORIA Y LA ASISTENCIA | GESTIÓN DEL DESARROLLO HUMANO                                                            |  | CÓDIGO        | A-GDH-FT-010 |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                          |  | VERSIÓN       | 08           |
|                                                                                                                                                                                          | REGISTRO DE ASISTENCIA COMITÉ, JUNTA, REUNIÓN, CAPACITACIÓN Y/O ACTIVIDADES DE BIENESTAR |  | PÁGINA        | 1 de 1       |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                          |  | VIGENTE DESDE | 04/10/2022   |

|           |                                                    |           |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |
|-----------|----------------------------------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Actividad | Seguimiento procesos Terapia Ocupacional en Unidad |           | Responsable              | Liliana Cusguen          |                                     | Fecha                    | 8                        | 01                       | 25                         |
| Lugar     | UPI LA 32                                          |           | *Hora de ingreso         |                          |                                     | *Hora de salida          |                          |                          | *No. de horas Capacitación |
| COMITÉ    | <input type="checkbox"/>                           | JUNTA     | <input type="checkbox"/> | REUNIÓN                  | <input checked="" type="checkbox"/> | ACTIVIDADES DE BIENESTAR | <input type="checkbox"/> | CAPACITACIÓN             | <input type="checkbox"/>   |
|           |                                                    | INDUCCIÓN |                          | <input type="checkbox"/> |                                     | REINDUCCIÓN              |                          | <input type="checkbox"/> |                            |

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | NOMBRE IDENTIFICARIO | *DOCUMENTO DE IDENTIDAD |    |    |              | ÁREA Y/O DEPENDENCIA | SEXO   |       | TIPO DE VINCULACIÓN |             |        |              |                        |                    |                 | NIVEL JERÁRQUICO |           |        |             |         | No. TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA                         |                                                                                     |
|-----|--------------------|----------------------|-------------------------|----|----|--------------|----------------------|--------|-------|---------------------|-------------|--------|--------------|------------------------|--------------------|-----------------|------------------|-----------|--------|-------------|---------|--------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                    |                      | Tipo                    |    |    |              |                      | Número | MUJER | HOMBRE              | INTERSEXUAL | L.N.R. | PERIODO FIJO | CARRERA ADMINISTRATIVA | PLANTA PROVISIONAL | PLANTA TEMPORAL | CONTRATO         | DIRECTIVO | ASESOR | PROFESIONAL | TÉCNICO |              |                    |                               | ASISTENCIAL                                                                         |
|     |                    |                      | NRIP                    | EC | TI | CC           |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 1   | Liliana Cusguen    | N.A                  |                         |    |    | X 52714596   | Gerencia Operativa   | X      |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 | X                |           | X      |             |         |              | 3004178884         | maria.cusguen@idipron.gov.co  |  |
| 2   | Paula Gonzalez     | MA                   |                         |    |    | X 1013671889 | Gerencia Operativa   | X      |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 | X                |           | X      |             |         |              | 3144919731         | paula.gonzalez@idipron.gov.co |  |
| 3   |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 4   |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 5   |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 6   |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 7   |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 8   |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 9   |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 10  |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 11  |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 12  |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 13  |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |
| 14  |                    |                      |                         |    |    |              |                      |        |       |                     |             |        |              |                        |                    |                 |                  |           |        |             |         |              |                    |                               |                                                                                     |

\* Aplica únicamente para Capacitación - Bienestar

Autorizo al IDIPRON de manera libre, plena, expresa y voluntaria el tratamiento de mis datos personales recolectados en el presente formato y/o formulario cuyo fin es el desarrollo de las actividades de gestión institucionales, conforme a lo establecido en la Ley Estatutaria 183 del 2010 (Art. 9º), el decreto reglamentario 1377 del 2013 y el decreto 1074 de 2015 (capítulo 25), así como la directiva 005 de 2019 de la Secretaría Jurídica Distrital. Los datos personales aquí registrados serán tratados de conformidad a la Política de Tratamiento de Datos Personales, publicada en la entidad y que puede ser consultada ingresando a la página web del IDIPRON <http://www.idipron.gov.co>

\*Escribir en letra legible el NOMBRE IDENTIFICARIO con el cual se reconoce y quiere ser reconocido. Este aplica en casos de personas transgénero únicamente. Si no aplica, se debe diligenciar "N/A" en el espacio. En el cumplimiento de la Directiva 005 de 01 junio de 2021

Ver: 005-15-000-2021