


| | | | |
|---|--------------------|---------------|--------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | A-GDO-FT-004 |
| | | VERSIÓN | 06 |
| | ACTA | PÁGINA | 1 de 1 |
| | | VERSIÓN DESDE | 04/10/2022 |


| | | | | | | | |
|------------------|---|-------|---------|--------|-----------|--|--|
| | COMITÉ | | JUNTA | | REUNIÓN | | |
| | | | ACTA | X | | | |
| OBJETIVO / TEMA: | SOCIALIZACIÓN PROCESO DE VALORACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | |
| FECHA: | 18-07-2025 | HORA: | 1:00 PM | LUGAR: | UPI LA 32 | | |

| | | | |
|------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Reunión Convocada por: | Nombre | Dependencia | Cargo |
| | TERAPIA OCUPACIONAL | GERENCIA OPERATIVA | TERAPEUTA OCUPACIONAL |

| |
|--|
| ORDEN DEL DÍA |
| 1. SOCIALIZACIÓN RESULTADOS PROCESO DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL |
| 2. OBSERVACIONES |

| |
|--|
| CONCLUSIONES |
| <p>1. Se socializa al grupo Psicosocial de la Unidad, que durante la jornada de valoración que se llevó a cabo, se valoró a un total de 7 AJ, proceso en el que intervinieron las terapeutas ocupacionales, Aura Johanna Rojas Torres, Eydy Marisol Rodríguez Aya, Maria Teresa Moreno Torres y Erika Peláez en proceso de observación e inducción.</p> <p>Se relacionan a continuación los Jóvenes que dentro del proceso de valoración desde Terapia Ocupacional se identificó que requieren atención y articulación por parte de uno o más componentes de atención.</p> <p>L [REDACTED] 1</p> <p>Joven de 25 años que presenta antecedentes clínicos de trastornos afectivos, con episodios recurrentes de ansiedad y depresión. Refiere hospitalización por intento de suicidio hace seis meses. Actualmente no cumple con el régimen farmacológico prescrito, lo que puede impactar negativamente en su desempeño ocupacional, en particular en la regulación emocional, la participación significativa en ocupaciones y el manejo de rutinas diarias. Desde Terapia Ocupacional se sugiere valoración integral por el equipo de salud mental para Aval y seguimiento, con el fin de garantizar estabilidad emocional y favorecer su funcionalidad ocupacional.</p> <p>K [REDACTED]</p> <p>Joven de 19 años de edad independiente en sus actividades de la vida diaria y en sus actividades instrumentales, quien a la valoración presenta dificultades a nivel cognitivo (no orientado en tiempo), además en las áreas de lectura, escritura y habilidades matemáticas, estas limitaciones podrían estar asociadas a una posible discapacidad cognitiva, aunque el joven no requiere contar con un diagnóstico en este sentido. Así mismo, se evidencia una dificultad significativa en el área de lenguaje: realizando omisiones de sílabas; dificultades en la comprensión lectora y escritura, lo cual afecta su interacción y desempeño académico. Se recomienda realizar seguimiento por el componente de salud para valorar y determinar un diagnóstico específico que permita orientar adecuadamente la atención y el acompañamiento del joven.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Brayan refiere que el día de hoy tiene cita con médico general para posterior tener su cita con psicología, por antecedentes personales y dificultad en la conciliación del descanso y sueño. Se sugiere aval y seguimiento desde el componente de salud y psicosocial. Es un joven independiente en su autocuidado,</p> |

Vr. 01; 15/09/2021

| | | | |
|--|--------------------|---------------|--------------|
|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y POLÍTICA</small> <small>SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y TERRITORIO</small> | GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | A-GDO-FT-004 |
| | | VERSIÓN | 06 |
| | ACTA | PÁGINA | 1 de 1 |
| | | VERSIÓN DESDE | 04/10/2022 |

CONCLUSIONES

actividades instrumentales, menciona hábitos y rutinas, en el tiempo libre le gusta compartir con la progenitora, escuchar música y jugar videojuegos, a nivel educativo cuenta con grado octavo aprobado, dejó sus estudios cuando cursaba sexto grado. Inició su rol laboral a los 15 años como operario de máquina durante 3 años, y en control de inventario durante 2 años, en cuanto su prospección cuenta con proyecto de vida estructurado con metas medibles, a nivel familiar identifica como red de apoyo a la progenitora.

2. Se da por finalizada la reunión sin observaciones.

ANEXOS

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

PROXIMA REUNIÓN

| | | |
|--------|-------|--------|
| FECHA: | HORA: | LUGAR: |
|--------|-------|--------|

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

Firma: Johanna Rojas T


Nombre: Aura Johanna Rojas Torres

Presidente o Líder de la Reunión

Firma: Eydy Marisol Rodríguez Aya

Nombre: Eydy Marisol Rodríguez Aya

Secretario (a) u Otro Representante

| | | | | |
|--|--|--|---------------|--------------|
|  | GESTIÓN DEL DESARROLLO HUMANO | | CÓDIGO | A-GDH-FT-010 |
| | REGISTRO DE ASISTENCIA COMITÉ, JUNTA, REUNIÓN, CAPACITACIÓN Y/O ACTIVIDADES DE BIENESTAR | | VERSIÓN | 08 |
| | | | PÁGINA | 1 de 1 |
| | | | VIGENTE DESDE | 04/10/2022 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------|--------------|-----------------|---------|----------------------------|----|------|
| Actividad | Socialización Proceso de valoración Teoría Operacional | | Responsable | Jhonny Rojas | | Fecha | 18 | 07 | 2025 |
| Lugar | UPI CA 32 | | *Hora de ingreso | 1:00 PM | *Hora de salida | 1:43 PM | *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 IDENTITARIO | *DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | ÁREA Y/O DEPENDENCIA | SEXO | | | TIPO DE VINCULACIÓN | | | | | | | NIVEL JERÁRQUICO | | | | | No. TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|-----|--------------------|--------------------|-------------------------|----|----|----|----------------------|--------------------|--------|-------------|---------------------|--------------|------------------------|--------------------|-----------------|----------|-----------|------------------|-------------|---------|-------------|------------|--------------------------------|--------------------|-------|
| | | | Tipo | | | | | Mujer | Hombre | Intersexual | L.N.R. | Periodo Fijo | Carrera Administrativa | Planta Provisional | Planta Temporal | Contrato | Directivo | Asesor | Profesional | Técnico | Asistencial | | | | |
| | | | NUP | RC | TI | CC | | | | | | | | | | | | | | | | Número | | | |
| 1 | Monica Moreno | NA | | | | X | 52120230 | Gerencia Operativa | X | | | | | | | | X | X | | | | 3103297359 | mona.moreno@idipron.gov.co | Monica Moreno | |
| 2 | Enka Paola Pelaez | NA | | | | X | 1078366983 | Gerencia Operativa | X | | | | | | | | X | X | | | | 3168275081 | enkapelaezgomezto@gmail.com | Enka Pelaez | |
| 3 | Henry Rodriguez | N/A | | | | X | 52123245 | Gerencia Operativa | X | | | | | | | | X | X | | | | 3005517006 | h/dym.rodriguez@idipron.gov.co | Henry Rodriguez | |
| 4 | Jhonny Rojas | N/A | | | | X | 1012361223 | Gerencia Operativa | X | | | | | | | | X | X | | | | 3163033323 | Aurora Rojas | Jhonny Rojas | |
| 5 | Karen Pozo | N/A | | | | X | 100008186 | Entresocial | X | | | | | | | | X | X | | | | 3006089040 | Karen.rozo28@gmail.com | Karen Pozo | |
| 6 | Yaledis Pino V | N/A | | | | X | 1026554649 | Psicosocial | X | | | | | | | | X | X | | | | 3194961718 | Yaledis.Pino@idipron.gov.co | Yaledis Pino | |
| 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 institucional, conforme a lo establecido en la ley estatutaria 1581 del 2012 (art. 8º y 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 que para tal fin dispone 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 IDENTITARIO con el cual se reconoce y quiere ser reconocido. Este aplica en casos de personas transgénero únicamente. Si no aplica, se debe diligenciar "NA" en el espacio. En el cumplimiento de la Directiva 005 de 01 junio de 2021.

Vr. 01: 15/09/2021