

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>Secretaría de Planeación y Desarrollo Urbano</small>	<b>PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MARCO DEL MODELO PEDAGÓGICO INSTITUCIONAL</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>M-PSS-FT-079</b>
		<b>VERSIÓN</b>	<b>10</b>
	<b>TALLERES Y/O ACCIONES FORMATIVAS</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>1 de 2</b>
		<b>VIGENTE DESDE</b>	<b>04/10/2022</b>

UPI/Dependencia: <b>Conservatorio</b>		Nº Hojas impresas-listado asistencia		#					
Área Derecho: <b>Educación Terapeuta Ocupacional</b>		FECHA: <b>10 07 2025</b>							
Espacio o Lugar donde se realiza la actividad:		UPI/DEPENDENCIA: <b>1 x</b>		Eje: UPI/Comedor/Dependencia - Externo/Biblioteca					
TEMA: <b>Modelo 3 Proceso de Semillero AC</b>		Nombre espacio o lugar:							
NOMBRE DEL TALLER: <b>Sesión 1 propósito de la ocupación</b>		# ID SIMI		<b>27572</b>					
SUBTEMA: <b>N/A.</b>									
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD		PROFESIONAL QUE ACOMPAÑA LA ACTIVIDAD (Si aplica)		PROFESIONAL QUE ACOMPAÑA LA ACTIVIDAD (Si aplica)					
FIRMA: <b>Johanna Rojas T</b>		FIRMA:		FIRMA:					
Nombres/Apellidos: <b>Aura Johanna Rojas Torres</b>		Nombres/Apellidos:		Nombres/Apellidos:					
No. de documento: <b>1012361223</b>		No. de documento:		No. de documento:					
Profesión/Cargo: <b>T. Ocupacional</b>		Profesión/Cargo:		Profesión/Cargo:					
Registro en el SIMI*: <b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>		Registro en el SIMI*: <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>		Registro en el SIMI*: <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>					
RESPONSABLE UPI/ÁREA O DELEGADO(A) QUIEN VERIFICA INFORMACIÓN EN SIMI			RESPONSABLE UPI/LÍDER ÁREA/COORDINADOR						
FIRMA: <b>[Firma]</b>			FIRMA: <b>[Firma]</b>						
Nombres/apellidos: <b>Mabel Castillo</b>			Nombres/apellidos: <b>Alexandra Ballarín</b>						
Profesión/Cargo: <b>Profesional Universitario Cad 219-03</b>			Profesión/Cargo: <b>Profesional C.</b>						
Área o Equipo: <b>Terapia ocupacional</b>			Área o Equipo: <b>Conservatorio</b>						
Ítem	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Nombre Identitario (Si aplica)	Tipo Doc. *	No. Documento	Firma en letra NNAJ (Nombre y apellido)	Curso/Taller u Observación Individual (Si aplica)
1					N/A	C.C.		<b>[Firma]</b>	
2					N/A	C.C.		<b>Alexandra</b>	
3					N/A	C.C.		<b>[Firma]</b>	
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									

Vr. 01; 15/09/2021