



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
CALLE 100 No. 10-100, Bogotá D.C.

**PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MARCO DEL MODELO PEDAGÓGICO INSTITUCIONAL**

**TALLERES Y/O ACCIONES FORMATIVAS**

**CÓDIGO**

**VERSIÓN**

**PÁGINA**

**VIGENTE DESDE**

**M-PSS-FT-079**

**10**

**4 de 5**

**04/10/2022**

UPI/Dependencia: a: UPI BOXA		Nº Hojas impresas-Istado asistencia		#					
Área Derecho: Terapia Ocupacional		FECHA: 10/09/2025							
Espacio o Lugar donde se realiza la actividad: (Seleccionar con X) <input checked="" type="checkbox"/> Espacio Externo: <input type="checkbox"/>		Nombre espacio o lugar: UPI/Comedor/Dependencia - Externo/Biblioteca							
TEMA: Parámetros y/o multivalores como se encuentran en el SIMI		Habilo 3- proceso de senileo							
NOMBRE DEL TALLER: Parámetros y/o multivalores como se encuentran en el SIMI		proposito y vid.							
CUESTIONA: Parámetros y/o multivalores como se encuentran en el SIMI		N/A							
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD		PROFESIONAL QUE ACOMPAÑA LA ACTIVIDAD (Si aplica)		PROFESIONAL QUE ACOMPAÑA LA ACTIVIDAD (Si aplica)					
Firma: Sonoma Rojas		Firma:		Firma:					
Nombres/Apellidos: Aura Sonoma Rojas Torres		Nombres/Apellidos:		Nombres/Apellidos:					
No. de documento: 1012361223		No. de documento:		No. de documento:					
Profesión/Cargo: T. Ocupacional		Profesión/Cargo:		Profesión/Cargo:					
Registro en el SIMI**: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Registro en el SIMI**: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Registro en el SIMI**: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
RESPONSABLE UPI/ÁREA O DELEGADO(A) QUIEN VERIFICA INFORMACIÓN EN SIMI			RESPONSABLE UPI/LÍDER ÁREA/COORDINADOR						
Firma: (Firma que contrasta el cargo en SIMI)			Firma:						
Nombres/Apellidos: Nibel Castillo			Nombres/Apellidos: Niviana Pérez C						
Profesión/Cargo: Profesional del área de apoyo			Profesión/Cargo: Apoyo Profesional						
Área o Equipo: Terapia ocupacional			Área o Equipo: UPI BOXA						
Ítem	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Nombre Identitario (Si aplica)	Tipo Documento	No. Documento	Firma en letra NNAJ (Nombre y apellido)	Curso/Taller u Observación Individual (Si aplica)
1	L				N/A	CC	10	shy2bth	
2	Pe				Kendra	CC	20	2/Kendra	
3	T				N/A	CC	10	3/luis tora	
4	B				N/A	CC	10	4/B	
5	G				N/A	CC	10	5/SABINE	
6	O				Sofia	CC	11	6/Sofia	
7	A				N/A	CC	10	7/TORMAN	
8	So				N/A	CC	20	8/Kayne	
9	Q				N/A	CC	10	9/Bayne	
10	Ar				N/A	CC	10	10/LUISA P.	
11	M				N/A	CC	11	11/Yesenia	
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									

Vr. 01; 15/09/2021