

|                                                                                                                                                           |                                                                                      |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS<br>SOCIALES<br><br>FORMATO SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA | Código: FOR-PSS-361                    |
|                                                                                                                                                           |                                                                                      | Versión: 2                             |
|                                                                                                                                                           |                                                                                      | Fecha: Memo I2024034073 del 19/11/2024 |
|                                                                                                                                                           |                                                                                      | Página: 1 de 2                         |

Servicio: Centros Integrarte Atención Externa

Centro: Centro Integrarte Atención Externa Grupo 10 Grupo: 10

| Fecha inicio del servicio o convenio | Fecha finalización o servicio o convenio | Fecha de ingreso al servicio o convenio |
|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 02/01/2025                           | 17/10/2025                               | 02/01/2025                              |



Nombre: Jhonatan esteban Galarcio Moreno

No de doc. 1000796157

de Bogotá

Tipo de documento:

|    |  |    |  |    |   |    |  |      |  |
|----|--|----|--|----|---|----|--|------|--|
| RC |  | TI |  | CC | X | CE |  | OTRO |  |
|----|--|----|--|----|---|----|--|------|--|

Fecha de nacimiento: 11/07/2003

Edad: 21 años

| Referente familiar    | Parentesco |
|-----------------------|------------|
| Laudice Moreno Moreno | Madre      |
| Dirección             | Teléfonos  |
| Calle 17 # 54-29      | 3173118407 |

| Diagnóstico cognitivo                                            |              | Diagnóstico clínico                             |          |
|------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------|----------|
| Retardo mental no especificado                                   |              | Autismo atípico<br>Deterioro del comportamiento |          |
| Clasificación sistema de apoyo                                   |              |                                                 |          |
| Extenso 65%                                                      |              |                                                 |          |
| Cuidados de enfermería                                           |              |                                                 |          |
| Apoyo en actividades de la vida diaria<br>Apoyo en higiene menor |              |                                                 |          |
| Fecha                                                            | Dieta        | Fecha                                           | Peso     |
| 13/03/2025                                                       | Hipocalorica | 13/03/2025                                      | 84,4 Kg  |
| 25/06/2025                                                       | Hipocalorica | 25/06/2025                                      | 89,0 Kg. |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | <b>PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES</b><br><br><b>FORMATO SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA</b> | Código: FOR-PSS-361                    |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                 | Versión: 2                             |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                 | Fecha: Memo I2024034073 del 19/11/2024 |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                 | Página: 2 de 2                         |

| 02/10/2025                                  | Hipocalorica | 02/10/2025         | 89,9 kg    |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|--------------|--------------------|------------|--------|-------|-------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Identificación de riesgos</b>            |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autoagresión:                               | X            | Aislamiento        | X          |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Laceraciones en piel                        | X            | Intento de evasión | X          |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tratamiento farmacológico instaurado</b> |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Medicamento                                 | Presentación | Dosis - Vía        | Frecuencia | Mañana | Tarde | Noche | Finalización |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |              |                    |            |        |       |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Responsable del diligenciamiento |                     |                | Responsable del seguimiento |                 |                 |
|----------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| Fecha                            | Nombre              | Cargo          | Fecha                       | Nombre          | Cargo           |
| 13/03/2025                       | Amelia leal         | AUX Enfermería | 13/03/2025                  | Angelica molano | Jefe enfermería |
| 20/06/2025                       | Rosanelly Hernandez | AUX Enfermería | 20/06/2025                  | Angelica molano | Jefe enfermería |
| 02/10/2025                       | Mary-lux Hernandez  | AUX Enfermería | 02/10/2025                  | Angelica Molano | Jefe enfermería |
|                                  |                     |                |                             |                 |                 |

"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".