ACTA No 604 CCC HOGAR NAZARETH – 2021

FECHA: Cogua, mayo, 31 de 2022.

HORA: 11:00 a.m. – 11:20 a.m.

LUGAR: CCC HOGAR NAZARETH

TEMA: Socialización del Pacto de Convivencia Institucional a personas mayores que ingresaron durante el mes de mayo 2022

ASISTENTES: Ismael Castro Psicólogo

Martha Quiroga Psicóloga

Doctora Angela Fajardo Coordinadora del CCC.

ORDEN DEL DÍA:

1. Objetivo.
2. Introducción.
3. Actividades desarrolladas.
4. Materiales
5. Compromisos.
6. Anexos

DESARROLLO:

1. **Objetivo:** Socializar e implementar el Pacto de Convivencia Institucional con las personas mayores, acordando principios básicos y compromisos para garantizar un ambiente de sana convivencia y libre de violencia. los días 3/05/2022, 17/05/2022 y 31/05/2022

2. **Introducción:** El Pacto de Convivencia es un instrumento que regula el comportamiento al interior de los Centros de Comunidad de Cuidado, en este caso para las personas mayores y demás personas que participan e interactúan en la prestación de los servicios sociales; de ahí que el Pacto de Convivencia esté encaminado a establecer y garantizar los principios que orientan la convivencia para la protección de sus derechos y cumplimiento de sus deberes.
3. **Desarrollo de la actividad**:
    - Esta actividad se realizó con las personas mayores que ingresaron en el mes de mayo 2022, teniendo en cuenta las recomendaciones de los protocolos por emergencia de la pandemia debido a la COVID-19.
    - Se socializó el Pacto de Convivencia Institucional a las personas mayores: Julia Erisinda Cárdenas 3/05/2022; María Dolores Pacheco 17/05/2022; Isabel Zambrano 31/05/2022; Natividad Castro Chaparro 31/05/2022; Mercedes Ruiz de Tobón 31/05/2022 para lo cual se diligenció el formato acta de transitoriedad y aceptación del Pacto de Convivencia el cual se archivó en la historia social de la persona mayor.

4. **Materiales**
    - Formato acta de transitoriedad y aceptación del Pacto de Convivencia Institucional
    - Pacto de Convivencia
    - Formato planilla de asistencia

5. Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Aplicación del Pacto de Convivencia por parte de las personas mayores garantizando una sana convivencia libre de violencias.	Personas mayores	A partir de la fecha
Socialización del Pacto de Convivencia a las personas mayores que ingresen.	Equipo gerontopsicosocial	A partir de la fecha

CONVOCATORIA. Socializar Pacto de Convivencia Institucional en el mes de junio 2022 a los nuevos ingresos.

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Angela Fajardo	Coordinadora del CCC	Hogar Nazareth	
Ismael Castro	Psicólogo	Hogar Nazareth	
Martha Quiroga	Psicóloga	Hogar Nazareth	
Julia Erisinda Cardenas	Persona mayor	Hogar Nazareth	No firma
Maria Dolores Pacheco	Persona Mayor	Hogar Nazareth	No firma
Mercedes Ruiz de Tobon	Persona Mayor	Hogar Nazareth	No firma
Natividad Castro Chaparro	Persona Mayor	Hogar Nazareth	No firma
Isabel Zambrano	Persona Mayor	Hogar Nazareth	No firma

Anexos: Registro Fotográfico y Planilla de asistencia

Elaboró: Martha Quiroga- Ismael Castro


3 may. 2022 9:08:38 a. m.
Cundinamarca
Hogar Nazareth Socializacion Pacto Ingreso


17 may. 2022 10:06:58 a. m.
Cundinamarca
Hogar Nazareth Pacto convivencia ingreso


31 may. 2022 9:41:08 a. m.
Cundinamarca
Hogar Nazareth Socializacion Pacto Ingreso


31 may. 2022 9:41:52 a. m.
Cundinamarca
Hogar Nazareth Socializacion Pacto Ingreso


31 may. 2022 9:54:45 a. m.
Hogar Nazareth Socializacion Pacto Ingreso

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO: ACTA DE TRANSITORIEDAD Y ACEPTACIÓN DEL PACTO DE CONVIVENCIA	Código: F - PS - 060 Versión: 0 Fecha: Página: 1 de 1

El día 03 de Mayo de 2022 después de haber sido explicado el carácter transitorio del CPS y los motivos por los cuales en cualquier momento puedo ser trasladado-a a otra institución, ademas luego de haberse socializado por parte del profesional Ismael Castro A. con cargo Psicólogo el **PACTO DE CONVIVENCIA INSTITUCIONAL**, declaro que acepto las condiciones de ingreso, permanencia, egreso y los compromisos que se encuentran convenidos.

Julia Erisinda Cárdenas U. — **NOMBRE DE LA PERSONA MAYOR**

No firma — **FIRMA**

Martha Elena Quiroga Pachón — **NOMBRE TESTIGO**

Martha E. Quiroga P. — **FIRMA**

FIRMA DEL PROFESIONAL DEL ÁREA PSICOSOCIAL

200807 — **Nº TARJETA PROFESIONAL**

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	MARTHA RUTH CARDENAS MONSALVE	MARIA ANTONIA VELAZCO
CARGO	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	SUBDIRECTORA PARA LA VEJEZ	DIRECTORA TERRITORIAL EN CALIDAD DE LIDERESA DEL PROCESO

Objetivo: Aclarar la dinamica institucional sobre la transitoriedad de la institucion y socializar las normas basicas para lograr

Desarrollo:

. FECHA: Escriba el dia, mes, año en el momento en que se brinda esta informacion.
. Esbriba el nombre del profesional que brinda la informacion a la persona mayor
Escriba el cargo del profesional que le brinda la informacion a la persona mayor.
Escriba el nombre completo de la persona mayor que esta recibiendo la informacion.
La persona mayor que recibe la informacion debe firmar de su puño y letra y en caso de no saber firmar coloca su huella
Si se requiere la presencia de un testigo colocar el nombre completo de esta persona
El testigo debe firmar con su puño y letra y si no sabe firmar colocar su huella en este espacio.
El profesional encargado de brindar la informacion debe firmar de su puño y letra
Registrar el numero de la tarjeta profesional

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO: ACTA DE TRANSITORIEDAD Y ACEPTACIÓN DEL PACTO DE CONVIVENCIA	Código: F - PS - 060 Versión: 0 Fecha: Página: 1 de 1

El día 17 de Mayo de 2022 después de haber sido explicado el carácter transitorio del CPS y los motivos por los cuales en cualquier momento puedo ser trasladado-a a otra institución, ademas luego de haberse socializado por parte del profesional Ismael Castro con cargo Psicologo el **PACTO DE CONVIVENCIA INSTITUCIONAL**, declaro que acepto las condiciones de ingreso, permanencia, egreso y los compromisos que se encuentran convenidos.

Mª Dolores Pacheco **NOMBRE DE LA PERSONA MAYOR**	No firma **FIRMA**
Martha Elena Quiroga **NOMBRE TESTIGO**	Martha E Quiroga P. **FIRMA**
 FIRMA DEL PROFESIONAL DEL ÁREA PSICOSOCIAL	200807 **Nº TARJETA PROFESIONAL**

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	MARTHA RUTH CARDENAS MONSALVE	MARIA ANTONIA VELAZCO
CARGO	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	SUBDIRECTORA PARA LA VEJEZ	DIRECTORA TERRITORIAL EN CALIDAD DE LIDERESA DEL PROCESO

Objetivo: Aclarar la dinamica institucional sobre la transitoriedad de la institucion y socializar las normas basicas para lograr
Desarrollo:

. FECHA: Escriba el dia, mes, año en el momento en que se brinda esta informacion.
. Esbriba el nombre del profesional que brinda la informacion a la persona mayor
Escriba el cargo del profesional que le brinda la informacion a la persona mayor.
Escriba el nombre completo de la persona mayor que esta recibiendo la informacion.
La persona mayor que recibe la informacion debe firmar de su puño y letra y en caso de no saber firmar coloca su huella
Si se requiere la presencia de un testigo colocar el nombre completo de esta persona
El testigo debe firmar con su puño y letra y si no sabe firmar colocar su huella en este espacio.
El profesional encargado de brindar la informacion debe firmar de su puño y letra
Registrar el numero de la tarjeta profesional

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital Integración Social	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO: ACTA DE TRANSITORIEDAD Y ACEPTACIÓN DEL PACTO DE CONVIVENCIA	Código: F - PS - 060 Versión: 0 Fecha: Página: 1 de 1

El día 31 de Mayo de 2022 después de haber sido explicado el carácter transitorio del CPS y los motivos por los cuales en cualquier momento puedo ser trasladado-a a otra institución, ademas luego de haberse socializado por parte del profesional Ismael Castro con cargo Psicólogo el **PACTO DE CONVIVENCIA INSTITUCIONAL**, declaro que acepto las condiciones de ingreso, permanencia, egreso y los compromisos que se encuentran convenidos.

Mercedes Ruiz de Tobon — **NOMBRE DE LA PERSONA MAYOR**

FIRMA

Martha Elena Quiroga — **NOMBRE TESTIGO**

Martha E. Quiroga P. — **FIRMA**

Ismael Castro A. — **FIRMA DEL PROFESIONAL DEL ÁREA PSICOSOCIAL**

200807 — **Nº TARJETA PROFESIONAL**

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	MARTHA RUTH CARDENAS MONSALVE	MARIA ANTONIA VELAZCO
CARGO	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	SUBDIRECTORA PARA LA VEJEZ	DIRECTORA TERRITORIAL EN CALIDAD DE LIDERESA DEL PROCESO

Objetivo: Aclarar la dinamica institucional sobre la transitoriedad de la institucion y socializar las normas basicas para lograr
Desarrollo:

1. FECHA: Escriba el dia, mes, año en el momento en que se brinda esta informacion.
2. Esbriba el nombre del profesional que brinda la informacion a la persona mayor
3. Escriba el cargo del profesional que le brinda la informacion a la persona mayor.
4. Escriba el nombre completo de la persona mayor que esta recibiendo la informacion.
5. La persona mayor que recibe la informacion debe firmar de su puño y letra y en caso de no saber firmar coloca su huella
6. Si se requiere la presencia de un testigo colocar el nombre completo de esta persona
7. El testigo debe firmar con su puño y letra y si no sabe firmar colocar su huella en este espacio.
8. El profesional encargado de brindar la informacion debe firmar de su puño y letra
9. Registrar el numero de la tarjeta profesional

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO: ACTA DE TRANSITORIEDAD Y ACEPTACIÓN DEL PACTO DE CONVIVENCIA	Código: F - PS - 060 Versión: 0 Fecha: Página: 1 de 1

El día 31 de Mayo de 2022 después de haber sido explicado el carácter transitorio del CPS y los motivos por los cuales en cualquier momento puedo ser trasladado-a a otra institución, ademas luego de haberse socializado por parte del profesional Martha Elena Quiroz con cargo Psicologa el **PACTO DE CONVIVENCIA INSTITUCIONAL**, declaro que acepto las condiciones de ingreso, permanencia, egreso y los compromisos que se encuentran convenidos.

Natividad Castro Chaparro
NOMBRE DE LA PERSONA MAYOR

No quiso firmar
FIRMA

Ismael Castro A.
NOMBRE TESTIGO

FIRMA

Martha E. Quiroz P
FIRMA DEL PROFESIONAL DEL ÁREA PSICOSOCIAL

35419852
Nº TARJETA PROFESIONAL

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	MARTHA RUTH CARDENAS MONSALVE	MARIA ANTONIA VELAZCO
CARGO	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	SUBDIRECTORA PARA LA VEJEZ	DIRECTORA TERRITORIAL EN CALIDAD DE LIDERESA DEL PROCESO

Objetivo: Aclarar la dinamica institucional sobre la transitoriedad de la institucion y socializar las normas basicas para lograr
Desarrollo:

1. FECHA: Escriba el dia, mes, año en el momento en que se brinda esta informacion.
2. Esbriba el nombre del profesional que brinda la informacion a la persona mayor
3. Escriba el cargo del profesional que le brinda la informacion a la persona mayor.
4. Escriba el nombre completo de la persona mayor que esta recibiendo la informacion.
5. La persona mayor que recibe la informacion debe firmar de su puño y letra y en caso de no saber firmar coloca su huella
6. Si se requiere la presencia de un testigo colocar el nombre completo de esta persona
7. El testigo debe firmar con su puño y letra y si no sabe firmar colocar su huella en este espacio.
8. El profesional encargado de brindar la informacion debe firmar de su puño y letra
9. Registrar el numero de la tarjeta profesional

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO: ACTA DE TRANSITORIEDAD Y ACEPTACIÓN DEL PACTO DE CONVIVENCIA	Código: F - PS - 060 Versión: 0 Fecha: Página: 1 de 1

El día 31 de Mayo de 2022 después de haber sido explicado el carácter transitorio del CPS y los motivos por los cuales en cualquier momento puedo ser trasladado-a a otra institución, ademas luego de haberse socializado por parte del profesional Martha Elena Quiroga con cargo Psicologa el **PACTO DE CONVIVENCIA INSTITUCIONAL**, declaro que acepto las condiciones de ingreso, permanencia, egreso y los compromisos que se encuentran convenidos.

Isabel Zambiano **NOMBRE DE LA PERSONA MAYOR**	No firma **FIRMA**
Ismael Castro A. **NOMBRE TESTIGO**	 **FIRMA**
Martha E. Quiroga P **FIRMA DEL PROFESIONAL DEL ÁREA PSICOSOCIAL**	35419852 **Nº TARJETA PROFESIONAL**

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	MARTHA RUTH CARDENAS MONSALVE	MARIA ANTONIA VELAZCO
CARGO	EQUIPO PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	SUBDIRECTORA PARA LA VEJEZ	DIRECTORA TERRITORIAL EN CALIDAD DE LIDERESA DEL PROCESO

Objetivo: Aclarar la dinamica institucional sobre la transitoriedad de la institucion y socializar las normas basicas para lograr

Desarrollo:

1. FECHA: Escriba el dia, mes, año en el momento en que se brinda esta informacion.
2. Esbriba el nombre del profesional que brinda la informacion a la persona mayor
3. Escriba el cargo del profesional que le brinda la informacion a la persona mayor.
4. Escriba el nombre completo de la persona mayor que esta recibiendo la informacion.
5. La persona mayor que recibe la informacion debe firmar de su puño y letra y en caso de no saber firmar coloca su huella
6. Si se requiere la presencia de un testigo colocar el nombre completo de esta persona
7. El testigo debe firmar con su puño y letra y si no sabe firmar colocar su huella en este espacio.
8. El profesional encargado de brindar la informacion debe firmar de su puño y letra
9. Registrar el numero de la tarjeta profesional