FUNDACIÓN INTEGRAL PARA ELDESARROLLO HUMANO

NIT: 900.450.947-4

La suscrita **MARY YANITZA ROMERO RAMÍREZ,** identificado con la cédula de ciudadanía Nº **1.026.575.162** de Bogotá con tarjeta Profesional 214186-T, expedida por la junta Central de Contadores, obrando en calidad de Revisora Fiscal de la **FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO "FIPADH" Nit: 900.450.947-4.**

CERTIFICO QUE:

La Fundación Integral Para el Desarrollo Humano **"FIPADH"** con NIT. 900.450.947-4 en cumplimiento con lo establecido en el Art. 50 de la Ley 789 de 2002, manifiesto bajo la gravedad de juramento que el personal que labora en nuestra entidad ha estado vinculado por orden de servicios; por lo tanto, no se cuenta con empleados a cargo de la Fundación, de acuerdo a lo anterior la Fundación Integral Para el Desarrollo Humano "FIPADH" no tiene obligación con el pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales.

Por otra parte, la Fundación Integral Para el Desarrollo Humano **"FIPADH"** esta exonerada de cumplir con los presupuestos normativos del artículo 25 de la ley 1607 del 2012 y decreto 862 de 2013. Sin embargo, certifico que se ha verificado el pago de los aportes a los sistemas de Salud, Pensión y Riesgos Laborales (ARL). (Art. 50 de la Ley 789 de 2002) realizados por todo el talento humano contratado durante los últimos seis meses, por lo tanto nos encontramos al día con dichos aportes.

La presente certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de marzo del 2026.

MARY YANITZA ROMERO RAMIREZ
Revisora Fiscal
T.P. Nº 214.186-T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.575.162

ROMERO RAMIREZ

APELLIDOS

MARY YANITZA

NOMBRES

Mary Yanitza Romero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1993

LEBRIJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-FEB-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00365828-F-1026575162-20120323 0029452677A 1 1231755424

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

214186-T



MARY YANITZA
ROMERO RAMIREZ
C.C. 1026575162
RESOLUCION INSCRIPCION 64
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

FECHA 19/02/2016

DIRECTOR GENERAL
OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA

225944

217063

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX. 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6D9F92AA00195CC0

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARY YANITZA ROMERO RAMIREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1026575162 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 214186-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL

FORMATO LIQUIDACION VALOR A FACTURAR EN EL PERIODO PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD

Código:	FOR-PSS-098
Versión:	2
Fecha:	Memo I2023022388 - 01/08/2023
Página:	1 de 1

1. CONTRATO/CONVENIO Nº Y FECHA	7357 - 2025 CIAI GRUPO1	
2. CONTRATISTA/ASOCIADO	FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH	
3. NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN	CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA	
4. PERIODO	1/03/2026	9/03/2026
5 CANTIDAD DE DIAS HÁBILES DEL PERIODO.	9	
6 CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.	9	
7. COBERTURA	60	
8. DÍAS HÁBILES DEL CONTRATO	88	
9. DÍAS COSTOS FIJO DEL CONTRATO	88	

10. APORTE SDIS		
VALOR TOTAL	$	979.633.098
VALOR COSTOS FIJOS	$	883.807.805
VALOR COSTOS VARIABLES	$	54.086.908
VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN	$	41.738.385

11. COSTOS FIJOS DEL PERIODO		
TALENTO HUMANO	$	68.649.486
Espacio Fisico Funcional (Instalacio	$	9.349.650
Elementos de Aseo Institucional	$	921.885
Bienes consumibles	$	498.325
Gestión Ambiental Contrato Respel	$	10.257
Desgaste y uso de los bienes No Co	$	947.779
Transporte	$	3.753.449
Vigilancia	$	5.649.445
Medios Tecnológicos	$	144.330
Espesantes	$	1.339.871
VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DIA	$	169.008
VALOR COSTO FIJO TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	**$**	**91.264.476**

12. COSTOS VARIABLES DIARIO POR PERSONA		
ALIMENTOS	$	4.331
Espacio Físico Funcional (Servicios Públicos)	$	3.231
Elementos de Aseo Personal (Elementos de Entrega mensual)	$	2.681
	$	10.244

13. COSTOS POR REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD	VALOR COSTO POR REALIZACIÓN
Aboserbentes	$ 1.654.069
VALOR COSTOS POR	**$ 1.654.069**

14. COSTO VARIBLE: VALOR DIARIO		
DESAYUNO	$	959
NUEVES REFORZADAS	$	539
ALMUERZO	$	1.256
ONCES	$	566
COMIDA	$	1.011
	$	4.331

15. VALOR COSTOS VARIABLES A PAGAR EN EL PERIODO	**$**	**5.349.681**

16. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	$	98.268.226
17. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	$	5.565.243
18. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO - VALOR A FACTURAR	$	92.702.983

19. CUPO	20. DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	21. VALOR COSTOS VARIABLES DE LOS DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	22. DIAS CON NOVEDAD	23. VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS	24. VALOR COSTO VARIABLE DÍAS CON NOVEDAD	25. NÚMERODIAS DE HOSPITALIZACIÓN	26. VALOR COSTO VARIABLE: (HOSPITALIZACIÓN)	27. NÚMERODIAS MEDIO FAMILIAR	28. VALOR COSTO VARIABLE: (MEDIO FAMILIAR)	29. TOTAL COSTO VARIABLE
1	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
2	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
3	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
4	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
5	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
6	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
7	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
8	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
9	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
10	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
11	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
12	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
13	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
14	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
15	-	$ -	9	$ -	$ -	9	$ 24.130		$ -	$ 24.130
16	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
17	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
18	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
19	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
20	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
21	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
22	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
23	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
24	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
25	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
26	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
27	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
28	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
29	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
30	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
31	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
32	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
33	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
34	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
35	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
36	6	$ 61.462	3	$ 1.011	$ -		$ -	3	$ 8.043	$ 70.517
37	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194
38	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 92.194

39	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
40	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
41	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
42	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
43	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
44	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
45	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
46	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
47	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
48	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
49	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
50	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
51	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
52	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
53	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
54	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
55	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
56	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
57	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
58	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
59	9	$ 92.194	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ 92.194
60	-	$ -	-	$ -	$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
30. TOTAL COSTOS VARIABLES	**519**	**$ 5.316.497**	**12**	**$ 1.011**	**$ -**	**9**	**$ 24.130**	**3**	**$ 8.043**	**$ 5.349.681**		

29 DETALLE DE NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS				
30. ITEM	31. VALOR MENSUAL	32. VALOR DIARIO	33. NUMEROS DE DIAS NOVEDAD	34. TOTAL VR SERVICIO NO PRESTADO
PROFESIONAL EN ENFERMERIA 1	$ 4.541.715	$ 151.391	9	$ 1.362.515
AUXILIAR DE ENFERMERIA 12	$ 2.561.835	$ 85.395	9	$ 768.551
AUXILIAR DE ENFERMERIA 18	$ 2.561.835	$ 85.395	9	$ 768.551
AUXILIAR DE ENFERMERIA 21	$ 2.561.835	$ 85.395	9	$ 768.551
AUXILIAR DE ENFERMERIA 53	$ 2.561.835	$ 85.395	9	$ 768.551
SERVICIOS GENERALES 4	$ 2.442.795	$ 81.427	1	$ 81.427
Descuento ESPESANTES				$ 911.611
Descuento Desgaste y uso de los bienes muebles no consumibles				$ 74.855
DESCUENTO ALIMENTOS CARLOS IVAN SUAREZ GELVEZ- GASTROSTOMIA MARZO	$ 4.331		5	$ 21.655
DESCUENTO ALIMENTOS ANDERSON SILVA IMBACHI- GASTROSTOMIA MARZO	$ 4.331		9	$ 38.979
35. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS				$ 5.565.243

38 MARCOS GIOVANNI GUERRERO PEÑA
39 NOMBRE COORDINADOR (A)

40 FRANCIA ORDOÑEZ VELASCO
41 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

42 JUAN SEBASTIAN HERRERA
43 NOMBRE PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISIÓN

DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO	Registre el número y fecha del convenio o contrato.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Registre el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN	Escriba el nombre de la unidad operativa. Especifique si la atención prestada es de modalidad interna o externa
4	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (DD/MM/AAAA) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (DD/MM/AAAA). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
5	CANTIDAD DE DIAS HÁBILES DEL PERIODO.	Se registra el número total de días de atención durante el periodo.
6	CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.	Registre el número de días según la forma de pago de los costos fijos del periodo (tener en cuenta que son meses de 30 días)
7	COBERTURA	Corresponde a la cantidad de cupos contratados para el centro
8	DÍAS HÁBILES DEL CONTRATO	Corresponde al número total de días de atención según el servicio
9	DÍAS COSTOS FIJO DEL CONTRATO	Corresponde al número total de días contratados, Teniendo en cuenta para estos costos los periodos son meses de 30 días
10	APORTE SDIS	Registre cada uno de los valores según estructura de costos del contrato
	VALOR TOTAL	Registre el Valor Total Aportes Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS)
	VALOR COSTOS FIJOS	Registre el Valor Total Costos Fijos Aportes SDIS
	VALOR COSTOS VARIABLES	Registre el Valor Total Costos Variables Aportes SDIS
	VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN	Registre el Valor Total Costos por Realización Aportes SDIS
11	COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre los rubros que hacen parte del costo fijo tal como aparecen en la estructura de costos
		Formula para el calculo:(VALOR APORTE SDIS DEL RUBRO / DÍAS COSTO FIJO DEL CONTRATO) * CANTIDAD DE DÍAS COSTO FIJO DEL PERIODO
	VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DÍA	Formula para el calculo: VALOR COSTOS FIJOS / COBERTURA / DIAS COSTO FIJO DEL CONTRATO
	VALOR COSTO FIJO TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	Formula para el calculo: VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DÍA * COBERTURA * CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.
12	COSTOS VARIABLES DIARIO POR PERSONA	Registre los rubros que hacen parte del costo variable tal como aparecen en la estructura de costos
		Formula para el caculo: VALOR APORTE SDIS DEL RUBRO / DÍAS HABILES DEL CONTRATO / COBERTURA
13	COSTOS POR REALIZACIÓN .	Registre los costos por realización ejecutados en el periodo
	ACTIVIDAD	Registre el rubro o actividad tal como aparece en la estructura de costos
	VALOR COSTO POR REALIZACIÓN	Registre el valor real ejecutado del rubro
	VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN A PAGAR EN EL PERIODO	Corresponde a la sumatoria de los valores ejecutados correspondientes al costo por realización
14	COSTO VARIBLE: VALOR DIARIO POR TIEMPO DE COMIDA	Registre los tiempos de comida establecidos según el tipo de atención
		Corresponde a los valores unitarios de alimentación por tiempo de comida según el Memorando de Viabilidad de Nutrición y Abastecimiento correspondiente.
15	VALOR COSTOS VARIABLES A PAGAR EN EL PERIODO	Corresponde al valor total de los costos variables del periodo: Sumatoria del TOTAL COSTO VARIABLE de la totalidad de cupos en atención durante el periodo.
16	TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	Corresponde a la suma del Costo Fijo+ Costo Variable + Costo por Realización, del periodo.
17	TOTAL NO PAGO POR SERVICIO NO PRESTADO	Corresponde a la sumatoria de los valores de los servicios no prestados durante el periodo

18	TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO - VALOR A FACTURAR	Corresponde al valor TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO menos el valor TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS
19	CUPO	Registre el número del cupo el cual va a liquidar
20	DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	Registre el número total de días que se prestó atención sin presentar ninguna novedad, según el Formato Control de asistencia para servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-099
21	VALOR COSTOS VARIABLES DE LOS DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	Corresponde al valor total de los costos variables por persona, de los días de atención en el periodo sin novedad, los cuales están calculados de acuerdo con la fórmula.
22	DIAS CON NOVEDAD	Registre el número total de días en los que se presentaron novedades, según el Formato Control de asistencia para servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-099
23	VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS	Corresponde al valor que viene calculado del Formato Sequimiento a suministros de alimentos servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-412. Aplica únicamente para CIAI
24	VALOR COSTO VARIABLE DIAS CON NOVEDAD	Corresponde a los costos variables a reconocer cuando la persona no asiste al centro, teniendo en cuenta lo establecido en Anexo Técnico. Aplica únicamente para CIAE
25	NUMERODIAS DE HOSPITALIZACION	Se registra el número total de días que se presento la novedad de hospitalización. Aplica únicamente para CIAI
26	VALOR COSTO VARIABLE: (HOSPITALIZACION)	Corresponde a los costos variables a reconocer cuando la persona se encuentra en Hospitalización, teniendo en cuenta lo establecido en Anexo Técnico. Aplica únicamente para CIAI
27	NÚMERODIAS MEDIO FAMILIAR	Se registra el número total de días que se presento la novedad de salida a medio familiar. Aplica únicamente para CIAI
28	VALOR COSTO VARIABLE: (MEDIO FAMILIAR)	Corresponde a los costos variables a reconocer cuando la persona se encuentra en Medio Familiar, teniendo en cuenta lo establecido en Anexo Técnico. Aplica únicamente para CIAI
29	TOTAL COSTO VARIABLE	Corresponde a la suma de los valores calculados en el numeral 21 23 25 y 27
30	TOTAL COSTOS VARIABLES	Corresponde a la sumatoria de cada una de las variables que componen el costo variable
31	DETALLE DE NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	Para obtener el detalle de no pago por servicios no prestados se debe diligenciar las casillas 30 a 34 como se detalla a continuación:
32	ITEM	Relacione el nombre del ítem según estructura de costos
33	VALOR MENSUAL	Digite el valor mensual del ítem según estructura de costos
34	VALOR DIARIO	Escriba el valor diario correspondiente al ítem
35	NUMERO DE DIAS NOVEDAD	Digite el número de días de la novedad, es decir los días en que no se presto el servicio mencionado en la casilla ítem
36	TOTAL VALOR SERVICIO NO PRESTADO	Corresponde al VALOR DIARIO por el NÚMERO DE DIAS NOVEDAD
37	TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	Corresponde a la sumatoria de los valores de los servicios no prestados durante el periodo
38	FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO	Sobre la línea va la firma del coordinador(a) del centro, como responsable de la información consignada en la planilla
39	NOMBRE COORDINADOR DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) coordinador(a) del centro
40	FIRMA REPRESENTANTE LEGAL	Sobre la línea va la firma del(la) Representante Legal, como responsable de la información consignada en la planilla
41	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Debe registrarse el nombre completo del(la) representante legal del centro
42	FIRMA PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISIÓN	Sobre la línea va la firma del profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDIS, dando visto bueno a la información consignada en la planilla
43	NOMBRE PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISION	Debe registrarse el nombre completo del profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDIS

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL

FORMATO LIQUIDACION VALOR A FACTURAR EN EL PERIODO PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD

Código:	FOR-PSS-068
Versión:	2
Fecha:	Memo 09230023B8 - 01/08/2023
Página:	1 de 1

1. CONTRATO/CONVENIO Y FECHA	7357 - 2025 CIATGRUPO1	
2. CONTRATISTA/ASOCIADO	FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FINCH	
3. NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN	CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA	
4. PERIODO	10/03/2026	31/03/2026
5 CANTIDAD DE DIAS HÁBILES DEL PERIODO.	22	
6 CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.	21	
7. COBERTURA	60	
8. DIAS HABILES DEL CONTRATO	86	
9. DIAS COSTOS FIJO DEL CONTRATO	83	

10. APORTE SOIS	
VALOR TOTAL	$ 940.139.998
VALOR COSTOS FIJOS	$ 849.444.528
VALOR COSTOS VARIABLES	$ 50.379.998
VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN	$ 40.315.499

11. COSTOS FIJOS DEL PERIODO	
TALENTO HUMANO	$ 160.182.139
Espacio Físico Funcional (Instalaciones)	$ 21.815.850
Elementos de Aseo Institucional	$ 2.191.064
Bienes consumibles	$ 1.162.759
Gestión Ambiental Contrato Respel N	$ 23.833
Desgaste y uso de los bienes No Con	$ 2.132.189
Transporte	$ 8.758.047
Vigilancia	$ 13.182.039
Medios Tecnológicos	$ -
Espesantes	$ 3.126.366
VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DIA	$ 168.945
VALOR COSTO FIJO TOTAL A PAGAR EN EL PIRODO	**$ 212.871.148**

12. COSTOS VARIABLES DIARIO POR PERSONA	
ALIMENTOS	$ 4.105
Espacio Físico Funcional (Servicios Públicos)	$ 3.147
Elementos de Aseo Personal (Elementos de Entrega mensual)	$ 2.627
	$ 9.878

13. COSTOS POR REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD	VALOR COSTO POR REALIZACIÓN
absorbentes	$ 4.501.366
VALOR COSTOS POR	**$ 4.501.366**

14. COSTO VARIBLE VALOR DIARIO	
DESAYUNO	$ 909
NUEVES REFORZADAS	$ 511
ALMUERZO	$ 1.190
ONCES	$ 536
COMIDA	$ 958
	$ 4.105

15. VALOR COSTOS VARIABLES A PAGAR EN EL PERIODO	**$ 12.648.750**

16. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	$ 230.021.264
17. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	$ 18.781.214
18. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO - VALOR A FACTURAR	$ 211.240.047

19. CUPO	20. DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	21. VALOR COSTOS VARIABLES DE LOS DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	22. DIAS CON NOVEDAD	23. VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS	24. VALOR COSTO VARIABLE DIAS CON NOVEDAD	25. NÚMERODIAS DE HOSPITALIZACIÓN	26. VALOR COSTO VARIABLE (HOSPITALIZACIÓN)	27. NÚMERODIAS MEDIO FAMILIAR	28. VALOR COSTO VARIABLE (MEDIO FAMILIAR)	29. TOTAL COSTO VARIABLE
1	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
2	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
3	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
4	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
5	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
6	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
7	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
8	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
9	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
10	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
11	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
12	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
13	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
14	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
15	6	$ 59.271	16	$ 958	$ -	16	$ 42.029		$ -	$ 102.258
16	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
17	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
18	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
19	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
20	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
21	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
22	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
23	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
24	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
25	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
26	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
27	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
28	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
29	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
30	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
31	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
32	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
33	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
34	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
35	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
36	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
37	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
38	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
39	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
40	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
41	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
42	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
43	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
44	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
45	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
46	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
47	20	$ 197.569	2	$ 1.867	$ -	2	$ 5.254		$ -	$ 204.689
48	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
49	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
50	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
51	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
52	20	$ 197.569	2	$ 4.105	$ -	2	$ 5.254		$ -	$ 206.927
53	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
54	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
55	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
56	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
57	22	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
58	17	$ 167.933	5	$ 909	$ -		$ -	5	$ 13.134	$ 181.977
59	21	$ 217.325	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ 217.325
60	-	$ -	-	$ -	$ -		$ -		$ -	$ -
30. TOTAL COSTOS VARIABLES	**1.273**	**$ 12.575.240**	**25**	**$ 7.839**	**$ -**	**20**	**$ 52.537**	**5**	**$ 13.134**	**$ 12.648.750**

29 DETALLE DE NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS				
30. ITEM	31. VALOR MENSUAL	32. VALOR DIARIO	33. NUMEROS DE DIAS NOVEDAD	34. TOTAL VR SERVICIO NO PRESTADO
PSICOLOGO	$ 4.641.715	$ 151.391	1	$ 151.391
TRABAJADORA SOCIAL	$ 4.641.715	$ 151.391	1	$ 151.391
TERAPIA FISICA 3	$ 4.641.715	$ 151.391	1	$ 151.391
FONOAUDIOLOGA 1	$ 4.641.715	$ 151.391	1	$ 151.391
FONOAUDIOLOGA 3	$ 4.641.715	$ 151.391	9	$ 1.362.515
PROFESIONAL EN ENFERMERIA 1	$ 4.641.715	$ 151.391	15	$ 2.270.858
AUXILIAR DE ENFERMERIA 3	$ 2.561.835	$ 85.395	4	$ 341.578
AUXILIAR DE ENFERMERIA 6	$ 2.561.835	$ 85.395	2	$ 170.789
AUXILIAR DE ENFERMERIA 7	$ 2.561.835	$ 85.395	2	$ 170.789
AUXILIAR DE ENFERMERIA 9	$ 2.561.835	$ 85.395	4	$ 341.578
AUXILIAR DE ENFERMERIA 10	$ 2.561.835	$ 85.395	2	$ 170.789
AUXILIAR DE ENFERMERIA 11	$ 2.561.835	$ 85.395	4	$ 341.578
AUXILIAR DE ENFERMERIA 12	$ 2.561.835	$ 85.395	21	$ 1.793.295
AUXILIAR DE ENFERMERIA 15	$ 2.561.835	$ 85.395	2	$ 170.789
AUXILIAR DE ENFERMERIA 18	$ 2.561.835	$ 85.395	21	$ 1.793.295
AUXILIAR DE ENFERMERIA 21	$ 2.561.835	$ 85.395	21	$ 1.793.295
AUXILIAR DE ENFERMERIA 22	$ 2.561.835	$ 85.395	2	$ 170.789
AUXILIAR DE ENFERMERIA 23	$ 2.561.835	$ 85.395	2	$ 170.789
AUXILIAR DE ENFERMERIA 27	$ 2.561.835	$ 85.395	1	$ 85.395
AUXILIAR DE ENFERMERIA 28	$ 2.561.835	$ 85.395	9	$ 768.551
AUXILIAR DE ENFERMERIA 34	$ 2.561.835	$ 85.395	4	$ 341.578
AUXILIAR DE ENFERMERIA 43	$ 2.561.835	$ 85.395	2	$ 170.789
AUXILIAR DE ENFERMERIA 46	$ 2.561.835	$ 85.395	2	$ 170.789
AUXILIAR DE ENFERMERIA 51	$ 2.561.835	$ 85.395	1	$ 85.395
AUXILIAR DE ENFERMERIA 53	$ 2.561.835	$ 85.395	21	$ 1.793.295
SERVICIOS GENERALES 4	$ 2.442.795	$ 81.427	1	$ 81.427
MANIPULADOR DE ALIMENTOS 1	$ 2.442.795	$ 81.427	2	$ 162.853
Descuento ESPESANTES				$ 3.126.366
Descuento Desgaste y uso de los bienes muebles no consumibles				$ 174.662
DESCUENTO ALIMENTOS ANDERSON SILVA MBACHI- GASTROSTOMIA MARZO	$	4.105	22	$ 90.303
DESCUENTO ALIMENTOS HILDA GARCIA-GASTROSTOMIA MARZO	$	4.105	15	$ 61.570
35. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS				$ 18.781.214

38 JAMEROS GIOVANNI GUERRERO PEÑA
39 NOMBRE COORDINADOR (A)

40 FRANCIA OREGÓNEZ VILLASCO
41 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

42 JUAN SEBASTIAN HERRERA
43 NOMBRE PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISION

ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS Gobierno de la gente	PROCESO PRESENTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-099 Versión: 1 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA	**7357 - 2025 GRUPO 1**	
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	**FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH**	
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	**CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA**	
4	TIPO DE ATENCIÓN	**INTERNA**	
5	PERIODO	**01/03/2026**	**9/03/2026**
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	**9**	
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	**9**	

8	9	10	11. NOMBRE COMPLETO														13	14	15	16
CUPO	Nº	IDENTIFICACION	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	1	2	3	4	5	6	7	8	9		DIAS DE ATENCIÓN	DIAS SIN ATENCIÓN	NOVEDAD	OBSERVACIONES
1	1	1136911563	DEISY	PAOLA	MARTINEZ	MOLINA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
2	2	52813916	DIANA	PATRICIA	MORALES		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
3	3	81716159	FABIAN	ANDRES	GONZALEZ	CUBEROS	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
4	4	1136910792	FONCHOW	ALEXANDER	SOTO	PEREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
5	5	1003670783	JULIAN	EDUARDO	DIMATE	GONZALEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
6	6	1016012233	JULIO	ARMANDO	DIAZ	CALDO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
7	7	1136910726	NUBIA	LILIANA	CAICEDO	MARTINEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
8	8	81715738	OMAR		PUENTES	PUENTES	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
9	9	1136909655	FLOR	MARIA	DAZA	CALDERON	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
10	10	1033097133	LUNA	NICOL	CAÑAS	CONTRERAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
11	11	1073600255	HECTOR	ALIRIO	QUIROGA	PALACIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
12	12	1073532587	ANA	PARRA	AGUIRRE		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
13	13	1004442489	ANDERSON	FABIAN	SILVA	IMBACHI	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
14	14	1014273059	CARLOS	JOSE	MARTINEZ	MARTINEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
15	15	1000615096	CLAUDIA	PATRICIA	CASALLAS	SANTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	9	1	PARTICIPANTE EN MEDIO HOSPITALARIO DESDE EL 13/02/2026
16	16	1013644919	HILDA	MERCEDES	VARGAS	BETANCOURT	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
17	17	1136910593	JAVIER	GIOVANNI	GUERRERO	APONTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
18	18	80187458	JHON	JAIRO	CHITIVA		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
19	19	81715707	JOSE	GREGORIO	LUNA		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
20	20	81715921	JOSE	GARDENIO	RODRIGUEZ	PEREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
21	21	79906094	MAURICIO	ENRIQUE	SASTOQUE		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
22	22	1032433189	MICHAEL		CHAPARRO	GAMBOA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
23	23	1136910564	MIGUEL	ANGEL	LARA	BERNAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
24	24	53905646	OLGA	LUCIA	OSORIO	VELOSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
25	25	52270378	SONIA		GUZMAN		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
26	26	53014256	VERONICA	LUCINDA	ALMEIDA	ARANGO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
27	27	1072715087	ARNOLD	MAURICIO	CAPERA	GUTIERREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
28	28	81715733	CESAR	ALFREDO	CIFUENTES		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
29	29	52409949	ROMERO		MARIA	EUGENIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
30	30	3188731	JOSE	LUIS	PRETO	HERNANDEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
31	31	1136910638	ANDREA	PAOLA	SANTANA	PEREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
32	32	1136909466	NATHALI		SIGUENCIA	RODRIGUEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
33	33	52358124	MARIA	ALCIRA	TAMBO	CAMARGO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
34	34	53905649	LINA	MARIA	VALENCIA		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
35	35	53906245	KARLA	COSTANZA	VARGAS	FORERO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
36	36	35426179	MARTHA	CECILIA	VEGA	ALONSO	0	0	0	1	1	1	1	1			6	3	2	PARTICIPANTE SALE A MEDIO FAMILIAR EL 21/02/2026 RETORNA A LA UNIDAD 3/03/2026
37	37	80182485	LUIS	ALBERTO	ROJAS	MALAMBO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
38	38	80758339	JORGE	EDUARDO	SUAREZ	RAMIREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
39	39	11276560	JOHN	JAIRO	BEDOYA	ACOSTA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
40	40	1023910596	LUIS	ANGEL	LOPEZ	BARRERA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
41	41	80252517	NELSON		SABOGAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
42	42	1070015396	PAOLA	ANDREA	SIERRA	AMADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
43	43	1056994002	MORENO	GARCIA	MARIA	DEL CARMEN	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
44	44	1001349772	VALENTINA		LOZANO	GAITAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
45	45	1070007849	LUIS	ALFREDO	GARCIA	ALFREDO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
46	46	1070009291	PAOLA	JINETH	PARRA	LOBATON	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
47	47	1014181642	WALTER	ALEXANDER	PERERA	BARRETO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
48	48	1136909778	LUARD	STEPHAN	VERA	MORENO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
49	49	79891135	CARLOS	IVAN	SUAREZ	GELVEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
50	50	52285371	YENNY	PATRICIA	ROBAYO	ANZOLA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
51	51	52745922	LOPEZ		MARIA	CATALINA DEL	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
52	52	1000338399	BUITRAGO	ESPINOSA	JOHAN	SMITH	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
53	53	1010143516	VALENTINA	MANJARRES	GONZALEZ		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
54	54	1100395371	MARIA	REBECA	DORIA	DE LA OSSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
55	55	52006789	RODRIGUEZ	SIERRA	ANGELA	MIREYA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
56	56	1021513881	BAYONA	GOMEZ	THOMAS	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
57	57	81715940	CHARRY		PEDRO		1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
58	58	1000937234	JUAN	MANUEL	CALIXTO	PAIPA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
59	59	51762041	ROMERO	GALINDO	RUTH	MARINA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	0		
60	60						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		0	0		
TOTALES							57	57	57	58	58	58	58	58	58		519	12		

18 MARCOS GIOVANNI GUERRERO PEÑA
19 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	TIPO DE ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mm/aa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mm/aa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	Registre el número total de días de atención durante el periodo, que es el número de días a tener en cuenta para calcular los costos variables.
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre el número de días según la forma de pago establecida para costos fijos.
8	CUPO	Escriba el número de cupo a que corresponde la persona atendida en el periodo. Dos personas pueden tener un mismo número de cupo si una ha salido del centro mientras otra ha ingresado.
9	Nº	Escriba el consecutivo de personas atendidas en el periodo.
10	IDENTIFICACION	Registre el número de documento de identificación de la persona atendida durante el periodo.
11	NOMBRE COMPLETO	Escriba primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre de la persona atendida durante el período
12	CASILLAS PARA ASISTENCIA	Para registrar la asistencia la planilla cuenta con 31 columnas numeradas del 1 al 31, que corresponden al máximo número de días en un mes calendario. Se debe registrar la asistencia sobre el día calendario correspondiente. Cada casilla se debe diligenciar teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

SIMBOLO	SIGNIFICADO	OBSERVACIÓN
1	ASISTIO	Cuando la persona asiste se registra el número uno "1"
0	NO ASISTIO	Cuando la persona no asiste se registra el número cero "0"
NA	NO APLICA	Cuando el día no corresponde a un día de atención dentro del periodo se re

13	DIAS DE ATENCIÓN	Casilla formulada correspondiente a la sumatoria de los días en que se realizó atención a la persona durante el periodo. Es la sumatoria horizontal de todas las casillas de asistencia.
14	DIAS SIN ATENCIÓN	Casilla formulada correspondiente a los días en que no se realizó atención a la persona dentro del periodo. Es la diferencia entre el número total de días de atención durante el periodo menos los días de atención.
15	NOVEDAD	Registre el(los) número(s) consecutivo(s) correspondiente a la novedad registrada en el formato "Cuadro de novedades para servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-171"
16	OBSERVACIONES	Anote cualquier observación que se considere pertinente.
17	TOTALES	Casilla formulada que corresponde a la sumatoria de las columnas "DÍAS DE ATENCIÓN" y "DÍAS SIN ATENCIÓN"
18	FIRMA DEL COORDINADOR:	Sobre la línea va la firma del(a) coordinador(a) del centro, como responsable de la información consignada en la planilla.
19	NOMBRE COORDINADOR(A) DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) coordinador(a) del centro.

	PROCESO PRESENTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL	Código: FOR-PSS-099
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Versión: 1
		Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986
		Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA	7357 - 2025 GRUPO 1	
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH	
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA	
4	TIPO DE ATENCIÓN	INTERNA	
5	PERIODO	10/03/2026	31/03/2026
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	22	
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	21	

8	9	10	11. NOMBRE COMPLETO																										13	14	15	16
CUPO	Nº	IDENTIFICACION	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	DIAS DE ATENCIÓN	DIAS SIN ATENCIÓN	NOVEDAD	OBSERVACIONES
1	1	1136911563	DEISY	PAOLA	MARTINEZ	MOLINA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
2	2	52813916	DIANA	PATRICIA	MORALES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
3	3	81716159	FABIAN	ANDRES	GONZALEZ	CUBEROS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
4	4	1136910792	FONCHOW	ALEXANDER	SOTO	PEREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
5	5	1002620793	JULIAN	EDUARDO	DIMATE	GONZALEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
6	6	1018012233	JULIO	ARMANDO	DIAZ	CALDO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
7	7	1136910726	NUBIA	LILIANA	CAICEDO	MARTINEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
8	8	81715738	OMAR		PUENTES	PUENTES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
9	9	1136929655	FLOR	MARIA	PAZA	CALDERON	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
10	10	1033097133	LUNA	NICOL	CAÑAS	CONTRERAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
11	11	1073600255	HECTOR	ALIRIO	QUIROGA	PALACIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
12	12	1073532587	ANA	PARRA	AGUIRRE		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
13	13	1004442489	ANDERSON	FABIAN	SILVA	IMBACHI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
14	14	1014273059	CARLOS	JOSE	MARTINEZ	MARTINEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
15	15	1000615096	CLAUDIA	PATRICIA	CASALLAS	SANTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	16	1	PARTICIPANTE INGRESA DE MEDIO HOSPITALARIO EL 25/03/2026
16	16	1013644919	HILDA	MERCEDES	VARGAS	BETANCOURT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
17	17	1136910593	JAVIER	GIOVANNI	GUERRERO	APONTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
18	18	80187458	JHON	JAIRO	CHITIVA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
19	19	81715707	JOSE	GREGORIO	LUNA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
20	20	81715921	JOSE	GARDENIO	RODRIGUEZ	PEREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
21	21	79906094	MAURICIO	ENRIQUE	SASTOQUE		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
22	22	1032439189	MICHAEL		CHAPARRO	GAMBOA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
23	23	1136910564	MIGUEL	ANGEL	LARA	BERNAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
24	24	53905646	OLGA	LUCIA	OSORIO	VELOSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
25	25	52270378	SONIA		GUZMAN		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
26	26	53014256	VERONICA	LUCINDA	ALMEIDA	ARANGO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
27	27	1072715087	ARNOLD	MAURICIO	CAPERA	GUTIERREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
28	28	81715733	CESAR	ALFREDO	CIFUENTES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
29	29	52409949	ROMERO		MARIA	EUGENIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
30	30	3188731	JOSE	LUIS	PRIETO	HERNANDEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
31	31	1136910638	ANDREA	PAOLA	SANTANA	PEREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
32	32	1136909466	NATHALI		SIGUENCIA	RODRIGUEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
33	33	52358124	MARIA	ALCIRA	TAMBO	CAMARGO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
34	34	53905649	LINA	MARIA	VALENCIA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
35	35	53906245	KARLA	COSTANZA	VARGAS	FORERO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
36	36	35426179	MARTHA	CECILIA	VEGA	ALONSO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
37	37	80182485	LUIS	ALBERTO	ROJAS	MALAMBO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
38	38	80758339	JORGE	EDUARDO	SUAREZ	RAMIREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
39	39	11276560	JOHN	JAIRO	BEDOYA	ACOSTA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
40	40	1023910596	LUIS	ANGEL	LOPEZ	BARRERA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
41	41	80252517	NELSON		SABOGAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
42	42	1070015396	PAOLA	ANDREA	SIERRA	AMADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
43	43	1056994002	MORENO	GARCIA	MARIA	DEL CARMEN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
44	44	1001349772	VALENTINA		LOZANO	GAITAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
45	45	1070007849	LUIS	ALFREDO	GARCIA	ALFREDO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
46	46	1070009291	PAOLA	JINETH	PARRA	LOBATON	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
47	47	1014181642	WALTER	ALEXANDER	PEREIRA	BARRETO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	20	2	2	PARTICIPANTE INGRESA A MEDIO HOSPITALARIO EL 24/03/2026 RETORNA EL 25/03/2026
48	48	1136909778	LUARD	STEPHAN	VERA	MORENO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
49	49	78891135	CARLOS	IVAN	SUAREZ	GELVEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
50	50	52285371	YENNY	PATRICIA	ROBAYO	ANZOLA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
51	51	52745922	LOPEZ	LOPEZ	MARIA	CATALINA DEL CARMEN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
52	52	1000338399	BUITRAGO	ESPINOSA	JOHAN	SMITH	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	2	3	PARTICIPANTE INGRESA A MEDIO HOSPITALARIO EL 17/03/2026 RETORNA EL 18/03/2026
53	53	1010143516	VALENTINA	MANJARRES	GONZALEZ		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
54	54	1102395371	MARIA	REBECA	DORIA	DE LA OSSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
55	55	52006789	RODRIGUEZ	SIERRA	ANGELA	MIREYA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
56	56	1021513881	BAYONA	GOMEZ	THOMAS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
57	57	81715940	CHARRY		PEDRO		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
58	58	1000937234	JUAN	MANUEL	CALIXTO	PAIPA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0		17	5	4	PARTICIPANTE SALE A MEDIO FAMILIAR EL DÍA 27/03/2026
59	59	51762041	ROMERO	GAUNDO	RUTH	MARINA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0		
60	60						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0	0		
TOTALES							58	58	58	58	58	58	58	57	57	58	58	58	58	58	57	57	59	58	58	58	58	58	1273	25		

18 MARCOS GIOVANNI GUERRERO PENA
19 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	TIPO DE ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mm/aa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mm/aa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	Registre el número total de días de atención durante el periodo, que es el número de días a tener en cuenta para calcular los costos variables.
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre el número de días según la forma de pago establecida para costos fijos.
8	CUPO	Escriba el número de cupo a que corresponde la persona atendida en el periodo. Dos personas pueden tener un mismo número de cupo si una ha salido del centro mientras otra ha ingresado.
9	Nº	Escriba el consecutivo de personas atendidas en el periodo.
10	IDENTIFICACION	Registre el número de documento de identificación de la persona atendida durante el periodo.
11	NOMBRE COMPLETO	Escriba primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre de la persona atendida durante el periodo
12	CASILLAS PARA ASISTENCIA	Para registrar la asistencia la planilla cuenta con 31 columnas numeradas del 1 al 31, que corresponden al máximo número de días en un mes calendario. Se debe registrar la asistencia sobre el día calendario correspondiente. Cada casilla se debe diligenciar teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

SIMBOLO	SIGNIFICADO	OBSERVACIÓN
1	ASISTIO	Cuando la persona asiste se registra el número uno "1"
0	NO ASISTIO	Cuando la persona no asiste se registra el número cero "0"
NA	NO APLICA	Cuando el día no corresponde a un día de atención dentro del periodo se registra "NA"

13	DIAS DE ATENCION	Casilla formulada correspondiente a la sumatoria de los días en que se realizó atención a la persona durante el periodo. Es la sumatoria horizontal de todas las casillas de asistencia.
14	DIAS SIN ATENCIÓN	Casilla formulada correspondiente a los días en que no se realizó atención a la persona dentro del periodo. Es la diferencia entre el número total de días de atención durante el periodo menos los días de atención.
15	NOVEDAD	Registre el(los) número(s) consecutivo(s) correspondiente a la novedad registrada en el formato "Cuadro de novedades para servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-171"
16	OBSERVACIONES	Anote cualquier observación que se considere pertinente.
17	TOTALES	Casilla formulada que corresponde a la sumatoria de las columnas "DIAS DE ATENCION" y "DIAS SIN ATENCION"
18	FIRMA DEL COORDINADOR:	Sobre la línea va la firma del(a) coordinador(a) del centro, como responsable de la información consignada en la planilla.
19	NOMBRE COORDINADOR(A) DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) coordinador(a) del centro.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO SEGUIMIENTO A SUMINISTRO DE ALIMENTOS SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-412 Versión: 0 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y FECHA	**7357- 2025 GRUPO 1**	
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	**FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH**	
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	**CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA**	
4	TIPO DE ATENCIÓN	**INTERNA**	
5	PERIODO	1/03/2026	9/03/2026
6	CANTIDAD DE DIAS HÁBILES (COSTOS VARIABLES)	9	
7	CANTIDAD DE DIAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)	9	

	VALOR DIARIO DE ALIMENTO POR PERSONA	
8	DESAYUNO	$ 959
9	REFRIGERIO DE LA MAÑANA	$ 539
10	ALMUERZO	$ 1.256
11	REFRIGERIO DE LA TARDE	$ 566
12	COMIDA	$ 1.011
13	TOTAL DIARIO ALIMENTO POR PERSONA	$ 4.331

14. CUPO	ALIMENTOS SUMINISTRADOS DURANTE EGRESO O INGRESO, NOVEDADES DE HOSPITALIZACION										25. VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS
	15. CANTIDAD DESAYUNO	16. VALOR DESAYUNO	17. CANTIDAD REFRIGERIO MAÑANA	18. VALOR REFRIGERIO MAÑANA	19. CANTIDAD ALMUERZO	20. VALOR ALMUERZO	21. CANTIDAD REFRIGERIO TARDE	22. VALOR REFRIGERIO TARDE	23. CANTIDAD COMIDA	24. VALOR COMIDA	
1		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
2		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
3		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
4		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
5		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
6		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
7		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
8		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
9		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
10		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
11		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
12		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
13		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
14		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
15		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
16		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
17		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
18		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
19		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
20		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
21		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
22		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
23		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
24		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
25		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
26		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
27		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
28		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
29		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
30		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
31		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
32		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
33		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
34		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
35		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
36		$ -		$ -		$ -		$ -	1	$ 1.011	$ 1.011
37		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
38		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
39		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
40		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
41		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
42		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
43		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
44		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
45		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
46		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
47		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
48		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
49		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
50		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
51		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
52		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
53		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
54		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
55		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
56		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
57		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
58		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
59		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
60		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
26. TOTALES	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	1	$ 1.011	$ 1.011

27 MARCOS GIOVANNI GUERRERO PEÑA
28 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

29 FRANCIA ORDOÑEZ VELASCO
30 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL	Código: FOR-PSS-412
		Versión: 0
	FORMATO SEGUIMIENTO A SUMINISTRO DE ALIMENTOS SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Fecha: 30/11/2020 Memo ID20032986
		Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y FECHA	**7357- 2025 GRUPO 1**	
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	**FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH**	
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	**CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA**	
4	TIPO DE ATENCIÓN	**INTERNA**	
5	PERIODO	10/03/2026	31/03/2026
6	CANTIDAD DE DIAS HÁBILES (COSTOS VARIABLES)	22	
7	CANTIDAD DE DIAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)	21	

	VALOR DIARIO DE ALIMENTO POR PERSONA	
8	DESAYUNO	$ 909
9	REFRIGERIO DE LA MAÑANA	$ 511
10	ALMUERZO	$ 1.190
11	REFRIGERIO DE LA TARDE	$ 536
12	COMIDA	$ 958
13	TOTAL DIARIO ALIMENTO POR PERSONA	$ 4.105

14. CUPO	ALIMENTOS SUMINISTRADOS DURANTE EGRESO O INGRESO, NOVEDADES DE HOSPITALIZACION										25. VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS
	15. CANTIDAD DESAYUNO	16. VALOR DESAYUNO	17. CANTIDAD REFRIGERIO MAÑANA	18. VALOR REFRIGERIO MAÑANA	19. CANTIDAD ALMUERZO	20. VALOR ALMUERZO	21. CANTIDAD REFRIGERIO TARDE	22. VALOR REFRIGERIO TARDE	23. CANTIDAD COMIDA	24. VALOR COMIDA	
1		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
2		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
3		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
4		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
5		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
6		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
7		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
8		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
9		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
10		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
11		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
12		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
13		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
14		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
15		$ -		$ -		$ -		$ -	1	$ 958	$ 958
16		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
17		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
18		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
19		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
20		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
21		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
22		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
23		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
24		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
25		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
26		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
27		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
28		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
29		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
30		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
31		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
32		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
33		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
34		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
35		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
36		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
37		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
38		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
39		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
40		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
41		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
42		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
43		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
44		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
45		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
46		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
47	1	$ 909		$ -		$ -		$ -	1	$ 958	$ 1.867
48		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
49		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
50		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
51		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
52	1	$ 909	1	$ 511	1	$ 1.190	1	$ 536	1	$ 958	$ 4.105
53		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
54		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
55		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
56		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
57		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
58	1	$ 909		$ -		$ -		$ -		$ -	$ 909
59		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
60		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
26. TOTALES	3	$ 2.728	1	$ 511	1	$ 1.190	1	$ 536	3	$ 2.874	$ 7.839

27 MARCOS GIOVANNI GUERRERO PEÑA
28 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

29 FRANCIA ORDOÑEZ VELASCO
30 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	TIPO DE ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mmm/aaaa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mmm/aaaa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	Registre el número total de días de atención durante el periodo, que es el número de días a tener en cuenta para calcular los costos variables.
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre el número de días según la forma de pago establecida para costos fijos.
8	DESAYUNO	Registre el valor diario del desayuno por persona.
9	REFRIGERIO DE LA MAÑANA	Registre el valor diario del refrigerio de la mañana por persona.
10	ALMUERZO	Registre el valor diario del almuerzo por persona.
11	REFRIGERIO DE LA TARDE	Registre el valor diario del reigerio de la tarde por persona.
12	COMIDA	Registre el valor diario de la comida por persona.
13	TOTAL DIARIO ALIMENTO POR PERSONA	Corresponde al valor diario de total de alimentos por persona.
14	CUPO	Escriba el número de cupo a que correponde la persona atendida en el período, acorde con el control de asistencia.
15	CANTIDAD DESAYUNO	Registre la cantidad de desayunos recibidos por persona durante el periodo.
16	VALOR DESAYUNO	Viene valor formulado de numeral 8
17	CANTIDAD REFRIGERIO DE LA MAÑANA	Registre la cantidad de refrigerios de la mañana recibidos por persona durante el periodo.
18	VALOR REFRIGERIO DE LA MAÑANA	Viene valor formulado de numeral 9
19	CANTIDAD ALMUERZO	Registre la cantidad de almuerzos recibidos por persona durante el periodo.
20	VALOR ALMUERZO	Viene valor formulado de numeral 10
21	CANTIDAD REFRIGERIO DE LA TARDE	Registre la cantidad de refrigerios de la tarde recibidos por persona durante el periodo.
22	VALOR REFRIGERIO DE LA TARDE	Viene valor formulado de numeral 11
23	CANTIDAD COMIDA	Registre la cantidad de comidas recibidas por persona durante el periodo.
24	VALOR COMIDA	Viene valor formulado de numeral 12
25	TOTAL VALOR ALIMENTOS SUMINISTRADOS	Corresponde al valor total de alimentos recibidos por persona durante el periodo.
26	TOTALES	Coresponde a los valores totales por columna de cantidad y cl calor total de alimentos recibidos en el periodo
27	FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO	Sobre la línea va la firma del coordinador(a) del centro, como responsable de la información consignada en la planilla.
28	NOMBRE COORDINADOR DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) coordinador(a) del centro
29	FIRMA REPRESENTANTE LEGAL	Sobre la línea va la firma del(la) representante legal, como responsable de la información consignada en la planilla.
30	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Debe registrarse el nombre completo del(la) representante legal del centro

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO CUADRO DE NOVEDADES PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-171 Versión: 1 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA	**7357 - 2025 GRUPO 1**
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	**FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH**
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	**CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA**
4	TIPO DE ATENCIÓN	**INTERNA**
5	PERIODO	**01/03/2026** **9/03/2026**
6	CANTIDAD DE DIAS HABILES (COSTOS VARIABLES)	**9**
7	CANTIDAD DE DIAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)	**9**

8	9	10	11. NOMBRE COMPLETO				12	13	14	15	16	17	18
CUPO	Nº	IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE NOVEDAD	FECHA INICIO (dd/mm/aa)	HORA DE INICIO (hh:mm)	FECHA FINAL (dd/mm/aa)	HORA FINAL (hh:mm)	DIAS SIN ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
15	1	1000615096	CASALLAS	SANTOS	CLAUDIA	PATRICIA	AH	13/02/2026				9	PARTICIPANTE EN MEDIO HOSPITALARIO DESDE EL 13/02/2026. LA PRESENTE NOVEDAD NO AFECTA LA INFORMACIÓN DE ESTADO Y FECHA QUE REPOSA EN EL SIRBE
36	2	35426179	VEGA	ALONSO	MARTHA	CECILIA	AMF	21/02/2026		3/03/2025	4:30 p. m.	3	PARTICIPANTE INGRESA DE MEDIO FAMILIAR EL 3/03/2026. LA PRESENTE NOVEDAD NO AFECTA LA INFORMACIÓN DE ESTADO Y FECHA

d	n	a	o	c
				1
0	0	0	0	1

19 MARCOS GIOVANNI GUERRERO PEÑA
20 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

21 FRANCIA ORDOÑEZ VELASCO
22 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

23 Michael Camacho R.
24 NOMBRE PROFESIONAL SIRBE

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	TIPO DE ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mmm/aaaa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mmm/aaaa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	Registre el número total de días de atención durante el periodo, que es el número de días a tener en cuenta para calcular los costos variables.
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre el número de días según la forma de pago establecida para costos fijos.
8	CUPO	Escriba el número de cupo a que correponde la persona atendida en el periodo, acorde con el control de asistencia.
9	Nº	Escriba el número consecutivo de la novedad. Solo se relaciona la persona que tiene novedad. Por novedad se registra un renglón, por tanto una persona puede estar relacionada tantas veces como novedad tenga en el periodo.
10	IDENTIFICACION	Registre el número de documento de identificación de la persona a la que se le relaciona la novedad.
11	NOMBRE COMPLETO	Escriba primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre de la persona a la que se le relaciona la novedad.
12	TIPO DE NOVEDAD	registre la sigla según el tipo de novedad que corresponda, teniendo en cuenta la siguiente tabla:

CLASE DE NOVEDAD	TIPO DE NOVEDAD	SIGLA
INGRESO	Ingreso al Servicio (Por validación de condiciones)	IS
	Comienzo de atención (Por inicio de convenio/contrato)	ICA
EGRESO	Egreso el servicio*	ES
	Finalización de atención Por terminación del convenio/contrato)	EFA
TRASLADO	Ingreso al Centro por Traslado	TIC
	Egreso del Centro por Traslado	TEC
ACTIVIDAD	Hospitalización	AH
	Salida Medio Familiar	AMF
	Actividad Extramural	AE

*Según los Criterios de Egreso contemplados en la Resolución vigente

Si una persona presenta durante el periodo varias veces la misma novedad, debe registrarse en un renglón diferente cada una.

13	FECHA INICIO	Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia del inicio de la novedad.
14	HORA DE INICIO	Se registra la hora en que la persona sale o entra o sale del Centro como consecuencia del inicio de la novedad. Se debe registra teniendo en cuenta días de 24 horas.
15	FECHA FINAL	Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia de la teminación de la novedad.
16	HORA FINAL	Se registra la hora en que la persona sale o entra o sale del Centro como consecuencia de la terminación de la novedad. Se debe registra teniendo en cuenta días de 24 horas.
17	DIAS SIN ATENCIÓN	Se registra el número total de días que no se presentó atención como consecuencia de la novedad.
18	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD	Se realiza una descripción de la novedad.
19	FIRMA COORDINADOR(A) DEL CENTRO	Sobre la línea va la firma del(a) Coordinador(a) del Centro, como responsable de la informacimación consignada en la planilla.
20	NOMBRE COORDINADOR(A) DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro
21	FIRMA REPRESENTANTE LEGAL	Sobre la línea va la firma del(a) Representante Legal, como responsable de la informacimación consignada en la planilla.
22	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro
23	FIRMA PROFESIONAL SIRBE	Sobre la línea va la firma del(a) funcionario(a) responsable de la validación de la información consignada en la planilla conla infomación en SIRBE.
24	NOMBRE PROFESIONAL SIRBE	Debe registrarse el nombre completo del(a) funcionario(a) responsable de la validación de la información en SIRBE.

NOTA: Inserte o elimine filas según la necesidad de reistro de novedades.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO CUADRO DE NOVEDADES PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-171 Versión: 1 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA	**7357 - 2025 GRUPO 1**
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	**FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH**
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	**CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA**
4	TIPO DE ATENCIÓN	**INTERNA**
5	PERIODO	**10/03/2026** — **31/03/2026**
6	CANTIDAD DE DIAS HÁBILES (COSTOS VARIABLES)	**22**
7	CANTIDAD DE DIAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)	**21**

8	9	10	11. NOMBRE COMPLETO				12	13	14	15	16	17	18					
CUPO	Nº	IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE NOVEDAD	FECHA INICIO (dd/mm/aa)	HORA DE INICIO (hh:mm)	FECHA FINAL (dd/mm/aa)	HORA FINAL (hh:mm)	DIAS SIN ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD	d	n	a	o	c
15	1	1000615096	CASALLAS	SANTOS	CLAUDIA	PATRICIA	AH	13/02/2026		25/03/2026	5:30 p. m.	16	PARTICIPANTE EN MEDIO HOSPITALARIO DESDE EL 13/02/2026 INGRESA A LA UNIDAD EL 25/03/2026. LA PRESENTE NOVEDAD NO AFECTA LA INFORMACIÓN DE ESTADO Y FECHA QUE REPOSA EN EL SIRBE					1
47	2	1014181642	PEREIRA	BARRETO	WALTER	ALEXANDER	AH	24/03/2026	9:00 a. m.	25/03/2025	4:20 p. m.	2	PARTICIPANTE INGRESA A MEDIO HOSPITALARIO EL DÍA 24/03/2026 HASTA EL 25/03/2026. LA PRESENTE NOVEDAD NO AFECTA LA INFORMACION DE ESTADO Y FECHA QUE REPOSA EN EL SIRBE	1				1
52	3	1000338399	BUITRAGO	ESPINOSA	JOHAN	SMITH	AH	17/03/2026	4:50 p. m.	18/03/2026	5:30 p. m.	2	PARTICIPANTE INGRESA MEDIO HOSPITALARIO EL 17/03/2026 HASTA EL 18/03/2026. LA PRESENTE NOVEDAD NO AFECTA LA INFORMACIÓN DE ESTADO Y FECHA QUE REPOSA EN EL SIRBE	1	1	1	1	1
58	4	1000937234	CALIXTO	PAIPA	JUAN	MANUEL	AMF	27/03/2026	8:00 a. m.			5	PARTICIPANTE SALE MEDIO FAMILIAR EL DIA 27/03/2025. LA PRESENTE NOVEDAD NO AFECTA LA INFORMACIÓN DE ESTADO Y FECHA QUE REPOSA EN EL SIRBE	1				
														3	1	1	1	3

19 MARCOS GIOVANNI GUERRERO PEÑA
20 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

21 FRANCIA ORDOÑEZ VELASCO
22 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

23
24 NOMBRE PROFESIONAL SIRBE

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	TIPO DE ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mmm/aaaa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mmm/aaaa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	Registre el número total de días de atención durante el periodo, que es el número de días a tener en cuenta para calcular los costos variables.
7	DIAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre el número de días según la forma de pago establecida para costos fijos.
8	CUPO	Escriba el número de cupo a que corresponde la persona atendida en el periodo, acorde con el control de asistencia.
9	Nº	Escriba el número consecutivo de la novedad. Solo se relaciona la persona que tiene novedad. Por novedad se registra un renglón, por tanto una persona puede estar relacionada tantas veces como novedad tenga en el periodo.
10	IDENTIFICACION	Registre el número de documento de identificación de la persona a la que se le relaciona la novedad.
11	NOMBRE COMPLETO	Escriba primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre de la persona a la que se le relaciona la novedad.
12	TIPO DE NOVEDAD	registre la sigla según el tipo de novedad que corresponda, teniendo en cuenta la siguiente tabla:

CLASE DE NOVEDAD	TIPO DE NOVEDAD	SIGLA
INGRESO	Ingreso al Servicio (Por validación de condiciones)	IS
	Comienzo de atención (Por inicio de convenio/contrato)	ICA
EGRESO	Egreso el servicio*	ES
	Finalización de atención Por terminación del convenio/contrato)	EFA
TRASLADO	Ingreso al Centro por Traslado	TIC
	Egreso del Centro por Traslado	TEC
ACTIVIDAD	Hospitalización	AH
	Salida Medio Familiar	AMF
	Actividad Extramural	AE

*Según los Criterios de Egreso contemplados en la Resolución vigente

Si una persona presenta durante el periodo varias veces la misma novedad, debe registrarse en un renglón diferente cada una.

13	FECHA INICIO	Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia del inicio de la novedad.
14	HORA DE INICIO	Se registra la hora en que la persona sale o entra o sale del Centro como consecuencia del inicio de la novedad. Se debe registra teniendo en cuenta días de 24 horas.
15	FECHA FINAL	Se registra el día, mes y año en que la persona entra o sale del Centro como consecuencia de la teminación de la novedad.
16	HORA FINAL	Se registra la hora en que la persona sale o entra o sale del Centro como consecuencia de la terminación de la novedad. Se debe registra teniendo en cuenta días de 24 horas.
17	DIAS SIN ATENCIÓN	Se registra el número total de días que no se presentó atención como consecuencia de la novedad.
18	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD	Se realiza una descripción de la novedad.
19	FIRMA COORDINADOR(A) DEL CENTRO	Sobre la línea va la firma del(a) Coordinador(a) del Centro, como responsable de la informacimación consignada en la planilla.
20	NOMBRE COORDINADOR(A) DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro
21	FIRMA REPRESENTANTE LEGAL	Sobre la línea va la firma del(a) Representante Legal, como responsable de la informacimación consignada en la planilla.
22	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Debe registrarse el nombre completo del(a) Coordinador(a) del Centro
23	FIRMA PROFESIONAL SIRBE	Sobre la línea va la firma del(a) funcionario(a) responsable de la validación de la información consignada en la planilla conla infomación en SIRBE.
24	NOMBRE PROFESIONAL SIRBE	Debe registrarse el nombre completo del(a) funcionario(a) responsable de la validación de la información en SIRBE.

NOTA: Inserte o elimine filas según la necesidad de reistro de novedades.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO RELACION DE FACTURAS PRESENTADAS POR SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-415 Versión: 0 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página 1 de 1

1. CONTRATO/CONVENIO N° Y FECHA: CONVENIO 7357-2025
2. CONTRATISTA/ASOCIADO: FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH
3. NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN: CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 1
4. PERIODO: De 1/03/2026 al 9/03/2026

Número de orden	RUBRO ASIGNADO	FACTURA No	RAZÒN SOCIAL Y NIT	PERIODO FACTURADO	VALOR DE LA FACTURA	VALOR A PAGAR	FECHA DE LA FACTURA
1	ABSORBENTES	198	DISTRIBUIDORA ALL ON ONE NIT 1027280439-9	01/03/2026 al 31/03/2026	$ 7.220.214	$ 1.654.069	3/03/2026
			SUBTOTAL COSTOS POR REALIZACION			$ 1.654.069	

$ 1.654.069

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: FRANCIA ORDOÑEZ VELASCO

FECHA 31/03/2026

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO RELACION DE FACTURAS PRESENTADAS POR SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-415 Versión: 0 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página 1 de 1

1. CONTRATO/CONVENIO N° Y FECHA: CONVENIO 7357-2025
2. CONTRATISTA/ASOCIADO: FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH
3. NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN: CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 1
4. PERIODO: De 9/03/2026 al 31/03/2026

Número de orden	RUBRO ASIGNADO	FACTURA No	RAZÒN SOCIAL Y NIT	PERIODO FACTURADO	VALOR DE LA FACTURA	VALOR A PAGAR	FECHA DE LA FACTURA
1	ABSORBENTES	198	DISTRIBUIDORA ALL ON ONE NIT 1027280439-9	01/03/2026 al 31/03/2026	$ 7.220.214	$ 4.501.366	3/03/2026
			SUBTOTAL COSTOS POR REALIZACION			$ 4.501.366	

$ 4.501.366

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: FRANCIA ORDOÑEZ VELASCO

FECHA 28/02/2026

Servicio / Estrategia

Centros Integrarte Atención Interna

Unidad Operativa/ Subdirección Local

Centro Integrarte Atención Interna Grupo 1

ELABORADO POR:

Heidy Erly León - Enfermera

Lina Marcela Bermúdez Sanabria - Terapeuta Ocupacional

Adriana Marcela Bernal Toro - Fisioterapeuta

Estephany Paola Castiblanco Niño - Fisioterapeuta

María del Pilar Cuervo Andrade - Fisioterapeuta

Diego Alejandro Cortes Numpaque - Psicólogo

Cesar Danilo Vargas Montenegro - Nutricionista

Laura Daniela Rodríguez Clavijo - Fonoaudióloga

Juddy Eliana Murcia Ortiz - Fonoaudióloga

Luisa Fernanda Vargas López - Enfermera

María Fernanda Martínez Valero -Trabajadora social

REVISADO POR:

Giovanni Guerrero Peña - Coordinador

Mes marzo de 2026

INTRODUCCIÓN

En el mes de Marzo de 2026, el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 1 sostuvo acciones orientadas a consolidar la atención integral de las personas con discapacidad, con sistema de apoyo totalmente generalizado. Las intervenciones del periodo se continuaron enfocando en favorecer la estabilidad física, la regulación emocional y la estimulación sensorial, procurando entornos protectores, confortables y acordes con las necesidades de los participantes.

Durante el mes, el equipo interdisciplinario siguió fortaleciendo las rutinas de acompañamiento en las actividades básicas de la vida diaria, asegurando asistencia continua, ajustes individualizados y respuestas oportunas frente a las particularidades de cada usuario. Se desarrollaron ejercicios de motricidad orofacial, experiencias de estimulación auditiva con apoyos lúdicos y actividades de fortalecimiento muscular encaminadas a apoyar los procesos deglutorios y el mantenimiento funcional.

Asimismo, se mantuvieron espacios terapéuticos orientados al bienestar, entre ellos sesiones de estimulación sensorial, prácticas de relajación guiada y rutinas de movilidad articular, las cuales contribuyeron a mejorar la disposición, la calma y la interacción con el entorno. De manera complementaria, se promovieron momentos de integración mediante celebraciones y actividades recreativas en articulación con el IDRD, favoreciendo la participación social y la expresión emocional de los participantes.

Este informe presenta el balance del periodo, incluyendo logros alcanzados, situaciones que requieren seguimiento y retos identificados, ratificando el compromiso del equipo con una atención digna, inclusiva y centrada en las necesidades de las personas con discapacidad atendidas en el programa.

1. DATOS GENERALES

1.1 DATO CUANTITATIVO REPORTADO EN EL MES

Cobertura del Servicio / Estrategia

SERVICIO	TIPO DE POBLACIÓN	SEXO			RANGO DE EDAD					INGRESOS	EGRESOS	SUSPENDIDOS	TOTAL ATENCIONES EN EL MES
		HOMBRE	MUJER	INTER SEXUAL	0 – 5 AÑOS	6-9 AÑOS	10-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18 -59 AÑOS				
Subdirección Local o unidad operativa	Personas con discapacidad	31	28	0	0	0	0	0	59	0	0	0	59
	Personas cuidadoras	NA	NA	NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	31	28	0	0	0	0	0	59	0	0		59

1.2 ENFOQUE DIFERENCIAL Y SISTEMA DE APOYOS REQUERIDO

SERVICIO	Sistemas de Apoyos				Enfoque Diferencial							
LOCALIDAD o CENTRO o UNIDAD OPERATIVA	Personas con Apoyos Intermitentes	Personas con Apoyos Limitados	Personas con Apoyos Extensos	Personas con Apoyos Generalizados	Personas Indígenas	Personas Afrodescendientes	Personas Raizales	Personas Palenqueros	Personas ROM	Personas Víctimas del Conflicto Armado	Personas LGBTI	Personas en flujo migratorio
Centro Integrarte Atención Interna Grupo 1	*0*	*0*	*4*	*55*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*

2. EJE DE VIDA INDEPENDIENTE

2.1 PLAN PERSONALIZADO DE APOYO Y PLAN PERSONALIZADO DE ASISTENCIA

SERVICIO	¿Cuántos planes de atención se formularon en el mes?	¿Cuántos planes de atención se ajustaron en el mes?
LOCALIDAD o CENTRO o UNIDAD OPERATIVA Centro Integrarte Atención Interna grupo 1	0	0

¿En qué aspectos se ajustaron los planes?
Durante el mes, no se formularon ni se hicieron ajustes en los planes de atención del Centro.

3.2 VIDA INDEPENDIENTE – DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMIA

No aplica

3.3 INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SERVICIO	No. de Intervenciones individuales realizadas en el mes con los participantes	No. de Intervenciones grupales realizadas en el mes con los participantes
LOCALIDAD o CENTRO o UNIDAD OPERATIVA Centro Integrarte Atención Interna grupo 1	180	21

3.4 ACCIONES ADELANTADAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Desde el programa de acciones preventivas y cuidado inclusivo para la salud, se implementaron acciones integrales orientadas al mantenimiento y fortalecimiento de la salud de los participantes, priorizando el cuidado básico y la prevención de complicaciones. En este sentido, se llevaron a cabo actividades de higiene mayor y menor de manera continua, garantizando condiciones adecuadas de aseo y confort. Asimismo, se desarrollaron intervenciones para el control de pediculosis, incluyendo detección, manejo y seguimiento, con el fin de evitar la propagación. De igual forma, se realizaron revisiones periódicas de la piel, permitiendo la identificación temprana de lesiones, alteraciones o factores de riesgo, favoreciendo así la intervención oportuna.

Desde la gestión administrativa en salud, se fortaleció la articulación con la subred norte para la toma de laboratorios y la asignación de citas médicas, asegurando la continuidad en la atención y el seguimiento clínico de los participantes. Adicionalmente, se gestionó la solicitud de MIPRES para la entrega de pañales y suplementos nutricionales, contribuyendo a la garantía de insumos necesarios para el cuidado integral. Se realizó un proceso de sensibilización dirigido a los auxiliares de enfermería, enfocado en el fortalecimiento de conocimientos y prácticas relacionadas con el plan de cuidado de participantes con colostomía, promoviendo una atención segura, humanizada y basada en las necesidades específicas de esta población.

3.5 ACCIONES ADELANTADAS DESDE EL PROGRAMA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

El programa de alimentación y nutrición, dando cumplimiento a cada uno de sus componentes (ciudadanía alimentaria, alimentación saludable y sostenible, promoción de prácticas saludables y vigilancia nutricional) adelantó las acciones que a continuación se detallan:

- CIUDADANÍA ALIMENTARIA

    - En el marco de las huertas comunitarias, se realizó actividad relacionada con el autoabastecimiento alimentario y la elaboración de preparaciones a partir de los productos de la huerta, en este caso se produjo acelga, se preparó y se suministró a los participantes.
    - En cuanto al desarrollo de actividades en torno a la prevención de desperdicios, se elaboró yogur de cáscaras de cáscaras de mandarina
    - Con el apoyo del tecnólogo de alimentos se realizó medición de los desperdicios en el FOR-PSS-803.

- ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y SOSTENIBLE
    - Se realizó socialización del listado de dietas del mes y se establecieron los formatos correspondientes.
    - Se aplicó una herramienta visual en el marco de la estandarización del uso de espesante
    - Se realizó capacitación al personal manipulador de alimentos en el marco del fortalecimiento de ciclo de menús, minuta patrón y derivación dietaria, con la preparación de las compotas de banano
    - Se realizó adición del plan de capacitación en BPM
    - Se actualizaron los formatos correspondientes a la planificación alimentaria y al abastecimiento alimentario

- PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES

  - En el marco de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), se realizó la actividad “reconociendo los alimentos que comemos” junto con las personas con discapacidad.

- VIGILANCIA NUTRICIONAL
  - Se realizó toma de medidas antropométricas a los participantes que se encontraban dentro de la unidad operativa
  - Se diligenció el formato de seguimiento nutricional para la totalidad de la población atendida.

4. EJE DE FAMILIAS INCLUSIVAS

4.1 DATO CUANTITATIVO INTERVENCIONES CON FAMILIA

SERVICIO	¿Cuántas intervenciones con familia se adelantaron en el mes?	De las intervenciones realizadas con familia		¿Cuántas visitas domiciliarias se realizaron durante el mes y que profesionales las lideraron?
		¿Cuántas son intervenciones individuales?	¿Cuántas son intervenciones grupales con familia?	
LOCALIDAD o CENTRO o UNIDAD OPERATIVA Centro Integrarte Atención Interna Grupo 1	5	4	1	1
TOTAL	5	4	1	1

Observaciones. Durante el periodo evaluado, se llevaron a cabo cinco (5) intervenciones con familia, de las cuales cuatro (4) correspondieron a intervenciones individuales desarrolladas con cuatro referentes familiares, a través de llamadas y videollamadas previamente programadas. Estas acciones se orientaron al seguimiento permanente del bienestar de la persona con discapacidad, permitiendo a los referentes brindar información actualizada sobre su estado de salud, condiciones generales y dinámica en el entorno familiar. A su vez, estos espacios favorecieron la orientación profesional en el fortalecimiento de pautas de cuidado, resolución de inquietudes y promoción de la corresponsabilidad en el proceso de atención, consolidando un acompañamiento continuo y pertinente.

De manera complementaria, se realizó una (1) visita domiciliaria que posibilitó la verificación directa de las condiciones sociofamiliares, así como la identificación de factores protectores y de riesgo que inciden en la estabilidad del participante.

En cuanto a la intervención grupal, se tiene programada una (1) reunión con familias para el día 26 de marzo en las instalaciones de la Unidad Operativa, la cual se desarrollará en articulación con el área de nutrición, abordando temas relacionados con el estado nutricional y las consistencias alimentarias. Este espacio tiene como finalidad brindar orientación técnica a los referentes familiares, fortalecer prácticas de cuidado en el hogar y promover acciones conjuntas que contribuyan al bienestar integral de los participantes, en el marco de una atención interdisciplinaria e integral.

4.2 INTERVENCIONES GRUPALES CON FAMILIA

SERVICIO	No. de grupos reflexivos realizados	No. de referentes familiares por grupo reflexivo	Temática abordada	No de Jornadas adaptativas realizadas durante el mes	No. de referentes familiares asistentes	No de jornadas formativas y pedagógicas realizadas	No. de referentes familiares por actividad	Temática abordada
LOCALIDAD o CENTRO o UNIDAD OPERATIVA Centro Integrarte Atención Interna grupo 1	1	10	Socialización estado nutricional	0	0	1	10	*Consistencias Alimentarias*
TOTAL	1	10		0	0	1	10	

Observaciones. Durante el periodo evaluado, se desarrolló una (1) intervención grupal con la participación de diez (10) referentes familiares, en el marco de una jornada formativa y pedagógica orientada al fortalecimiento de capacidades de cuidado en el entorno familiar. Esta actividad se llevó a cabo en articulación con el área de nutrición y estuvo centrada en la socialización del estado nutricional y el manejo adecuado de las consistencias alimentarias.

El abordaje de esta temática se realizó de manera intencionada como preparación para los procesos de salida a medio familiar, con el propósito de que los referentes cuenten con herramientas teóricas y prácticas que les brinden seguridad al momento de proporcionar la alimentación en el hogar, garantizando condiciones adecuadas que no alteren los procesos deglutorios de las personas con discapacidad. En este sentido, se brindaron orientaciones sobre técnicas seguras de alimentación, posturas adecuadas, tipos de consistencias según necesidad individual y signos de alerta frente a riesgos como la broncoaspiración.

Asimismo, se evidenció una mayor comprensión por parte de los referentes familiares frente a su rol en la corresponsabilidad del cuidado, así como una actitud receptiva frente a las recomendaciones del equipo interdisciplinario. En términos generales, la jornada permitió fortalecer el empoderamiento familiar, promoviendo la apropiación de prácticas seguras y adecuadas en el hogar, lo que contribuye a la prevención de complicaciones en salud y al mejoramiento de la calidad de vida de los participantes en el contexto de su integración al medio familiar.

4.3 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DE RECONOCIMIENTO DEL ROL DE LA PERSONA CUIDADORA

Observaciones: Ninguna

5. DESARROLLO DE ACTIVIDADES EJE ENTORNOS INCLUSIVOS.

ENTORNO	No de acciones de articulación transectorial	No de acciones de articulación transectorial realizadas	No. de personas con discapacidad que participan en el mes	Entidades con las cuales realizó articulación en el mes

	proyectadas		en el entorno de inclusión o de participación	para la apertura de espacios de inclusión o de participación
EDUCATIVO	0	0	0	N/A
RECREATIVO	0	0	0	N/A
CULTURAL	0	0	0	N/A
DEPORTIVO	0	0	0	N/A
PRODUCTIVO	0	0	0	N/A
TOTAL	0	0	0	N/A

6. LOGROS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DESARROLLADOS CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS REFERENTES FAMILIARES O PERSONAS CUIDADORAS

- Durante el mes de marzo se implementó en el CIAI G1 la articulación con la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte para llevar a cabo en la unidad la atención para los participantes frente a las citas de medicina general se dio cumplimiento en un 59 % de la población de participantes afiliados a capital salud, toma de laboratorios e interconsultas con psiquiatría al 100% de los participantes afiliados a capital salud.
- Se logró sensibilizar de manera efectiva al talento humano frente al cuidado integral de los participantes con colostomía, fortaleciendo sus conocimientos y habilidades en la higiene adecuada del estoma, el manejo seguro de los dispositivos y la protección de la piel periestomal. Como resultado, se evidenció una mejora en la calidad de la atención, mayor adherencia a los protocolos de cuidado, disminución de riesgos de complicaciones.
- Como resultado, se aseguró la continuidad de tratamientos y la atención oportuna de condiciones de salud identificadas, reduciendo barreras de acceso y fortaleciendo la estabilidad física y mental de la población atendida.
- Adicionalmente, se realizaron ajustes en consistencias alimenticias y apoyos posturales al 10 % de las personas que presentaban requerimientos específicos de deglución, mejorando la seguridad y funcionalidad en el proceso de alimentación.
- Se logró mantener la sensibilidad intraoral del 80% de los participantes, por medio de actividades exploradoras del gusto y estimulación intraoral.
- Se desarrollaron estrategias de acompañamiento estructurado, regulación conductual y estímulos comunicativos adaptados en el entorno institucional, garantizando intervención continua a la totalidad de la población atendida 100%.
- Se implementaron ejercicios de movilidad miofuncional, perioral e intraoral praxias labiolinguales, extra laríngea, por medio de diferentes texturas; favoreciendo procesos deglutorio y manejo de secreciones propias, al 100% de los participantes.
- Se logró mantener la movilidad articular mediante la ejecución de ejercicios activos y asistidos dentro de rangos funcionales, al 100% de los participantes
- Se favoreció la activación de la musculatura estabilizadora, reflejada en mayor control corporal

durante los ejercicios al 100 % de los participantes.

- Como resultado, más del 90 % de las personas atendidas mantuvo estabilidad anímica y estados de tranquilidad durante la jornada, favoreciendo su estabilidad al contexto mediato
- Se implementaron ejercicios de movilización asistida, fortalecimiento neuromuscular, estimulación propioceptiva, actividades de exploración sensorial y conciencia corporal, así como estrategias audiovisuales y sensoriales para mantener la activación y la respuesta funcional.
- El 100% de las personas con discapacidad cuentan con acceso oportuno a elementos de aseo, mejorando la adherencia a las rutinas de higiene diaria.
- El 100% de los elementos del kit de aseo personal entran en proceso de limpieza y desinfección periódica, reduciendo riesgos de contaminación cruzada.
- Se logra supervisión directa en aproximadamente el 70% de los participantes durante jornadas de seguimiento, mejorando la calidad de la asistencia y la presentación personal.
- Aproximadamente el 14% de los participantes conservan su patrón mano-boca al momento de la alimentación.

Eje Familias Inclusivas

- Durante marzo de 2026, en el CIAI G1, se desarrollaron acciones de orientación y acompañamiento dirigidas a los referentes familiares de las personas con discapacidad con apoyos generalizados vinculadas al servicio. De un total de 44 referentes familiares identificados, participaron 10 (23 %) en las actividades programadas durante el mes.
- Se realizó 1 grupo reflexivo con 10 referentes familiares sobre socialización estado nutricional y 1 jornada formativa con 10 asistentes en consistencias alimentarias, abordando técnicas de alimentación, posturas adecuadas y signos de alerta frente al riesgo de broncoaspiración.
- Como resultado, se fortaleció la comprensión sobre las necesidades de apoyo y el rol de corresponsabilidad en el cuidado, promoviendo la apropiación de prácticas seguras de alimentación en el entorno familiar y contribuyendo a la prevención de complicaciones y al mejoramiento del cuidado cotidiano.

- Los procesos de capacitación y socialización fortalecieron las habilidades del talento humano en la elaboración y distribución de dietas, especialmente en modificaciones por consistencia.

- Teniendo en cuenta las personas con discapacidad en el presente convenio, de 32 que iniciaron con delgadez, 2 personas lograron superar esta clasificación nutricional.

- Por otra parte, de 32 personas que presentaban delgadez, 13 personas presentaron un aumento de peso significativo, 16 presentaron fluctuaciones que denotan estabilidad.

- 7. DIFICULTADES DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DESARROLLADOS CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SUS REFERENTES FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADORAS.

  - Barreras de acceso por parte de la NUEVA EPS, para la entrega de insumos para una participante que requiere sus medicamentos, insulinas y elementos para la gastrostomía.

  - Pendientes de entrega de absorbentes, suplementos nutricionales y medicamentos, lo que dificulta garantizar la continuidad de los tratamientos y cuidados.

- Una dificultad identificada en el cuidado de la salud de los participantes con gastrostomía se relaciona con la disponibilidad, calidad y uso adecuado de las jeringas requeridas para la administración de la alimentación, medicamentos y lavado de la sonda.

- Se evidencia mal funcionamiento de las sillas de ruedas debido a la falta de mantenimiento por parte de los referentes familiares.