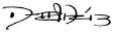
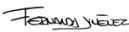


|                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                                                                                                                               |                 |                  |                       |                |                 |                         |                         |                                                                                   |                 |                                                                                              |                                                |   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|-----------------------|----------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---|--|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL |                                    | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO REPORTE METAFÍSICA Y NOVEDADES SERVICIO INTEGRAL DE BIENESTAR Y CUIDADO PARA PERSONAS MAYORES<br>MODALIDAD COMUNIDAD DE CUIDADO. |                 |                  |                       |                |                 |                         |                         |                                                                                   |                 | Código: FOR-PSS-213<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo (2022009989 – 18/03/2022)<br>Página: 1 de 1 |                                                |   |  |
| Fecha reporte de Novedades:                                                                                                                               |                                    | FEBRERO DE 2024                                                                                                                                                                                               |                 |                  |                       |                |                 | Cobertura:              |                         | 50                                                                                |                 | Total ingresos                                                                               |                                                | 0 |  |
| Contrato/Convenio:                                                                                                                                        |                                    | 7462-2021                                                                                                                                                                                                     |                 |                  |                       |                |                 | Cobertura anterior:     |                         | 50                                                                                |                 | Total traslados                                                                              |                                                | 0 |  |
| Operador:                                                                                                                                                 |                                    | HOGARES SI A LA VIDA                                                                                                                                                                                          |                 |                  |                       |                |                 | Acumulados Atendidos:   |                         | 50                                                                                |                 | Total egresos del servicio                                                                   |                                                | 0 |  |
| Nombre Unidad Operativa:                                                                                                                                  |                                    | COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD                                                                                                                                                                                 |                 |                  |                       |                |                 | Pasen al Mes Siguiente: |                         | 50                                                                                |                 | Total días Salidas a medio familiar                                                          |                                                | 1 |  |
| Tipo de atención:                                                                                                                                         |                                    | MODERADA                                                                                                                                                                                                      |                 |                  |                       |                |                 | Cupos Disponibles:      |                         | 0                                                                                 |                 | Total días de hospitalización                                                                |                                                | 0 |  |
| Periodo:                                                                                                                                                  |                                    | 1 de febrero de 2024                                                                                                                                                                                          |                 |                  | 29 de febrero de 2024 |                |                 |                         |                         |                                                                                   |                 |                                                                                              |                                                |   |  |
| Cantidad días calendario                                                                                                                                  |                                    | 29                                                                                                                                                                                                            |                 |                  |                       |                |                 |                         |                         |                                                                                   |                 |                                                                                              |                                                |   |  |
| N.º                                                                                                                                                       | FECHA DE REPORTE<br>(MMM/DDD/AAAA) | IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE         | SEGUNDO NOMBRE | TIPO DE NOVEDAD | MOTIVO DE LA NOVEDAD    | FECHA INICIO (MM/DD/AA) | FECHA FINAL (MM/DD/AA)                                                            | DIAS DE NOVEDAD | DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD<br>(CAMPO OBLIGATORIO)                                             | EN CASO DE FALLECIMIENTO,<br>DESCRIBA LA CAUSA |   |  |
| 1                                                                                                                                                         | 26 de febrero de 2024              | 17628945                                                                                                                                                                                                      | VESGA           | PEÑA             | PEDRO                 | HERNAN         | INTERVENCION    | RPF                     | 25 de febrero de 2024   | 26 de febrero de 2024                                                             | 1               | Persona mayor con salida a entorno social el 25/02/2024 y retorna de permiso el 26/02/2024   |                                                |   |  |
|                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                                                                                                                               |                 |                  |                       |                |                 |                         |                         | TOTAL DIAS DE NOVEDAD                                                             |                 | 1                                                                                            |                                                |   |  |
| DISNEYLA DÍAZ<br>NOMBRE COORDINADOR (A)<br>UNIDAD OPERATIVA                                                                                               |                                    |                                                                                                                                                                                                               |                 |                  |                       |                |                 |                         |                         | FERNANDA JIMÉNEZ<br>NOMBRE PROFESIONAL QUE REPORTA<br>UNIDAD OPERATIVA            |                 | JAVIER AUGUSTO CUBIDES QUITIÁN<br>NOMBRE RESPONSABLE DIGITADOR SIRBE                         |                                                |   |  |
|                                                                          |                                    |                                                                                                                                                                                                               |                 |                  |                       |                |                 |                         |                         |  |                 |           |                                                |   |  |
| FIRMA COORDINADOR (A)                                                                                                                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                               |                 |                  |                       |                |                 |                         |                         | FIRMA PROFESIONAL QUE REPORTA                                                     |                 | FIRMA RESPONSABLE DIGITADOR SIRBE                                                            |                                                |   |  |
| ANOTACIONES:                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                               |                 |                  |                       |                |                 |                         |                         |                                                                                   |                 |                                                                                              |                                                |   |  |