Lugar	Comunidad de cuidado Hogar Nazareth Chinauta
Fecha	22 de marzo 2025 7:00 pm
Tema	Socialización Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud
Desarrollo	Se desarrolla sesión educativa el 19 y 22 de marzo para dar cubrimiento al personal de enfermería, realizando socialización de dos Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud (hipertensión arterial primaria, enfermedad venosa crónica), con el objetivo de fortalecer y consolidar conocimientos acerca del tema en mención. Se da inicio a las sesiones del 19 de marzo a las 6:50 pm y el 22 de marzo a las 7:00 pm, se comienza con ronda de preguntas previas a la introducción del tema, en donde los auxiliares de enfermería participan de forma activa. **HIPERTENSION ARTERIAL** ¿Cuáles son los factores que incrementan el riesgo de HTA? **Edad** Se presenta un mayor riesgo de tener HTA a medida que se aumenta la edad. Este riesgo se incrementa a partir de los 35 años. **Consumo de Sodio** No se encuentra un efecto en el riesgo de HTA según consumo de Sodio (información complementaria a este aspecto se analiza en la pregunta No. 3 del módulo de prevención). **Obesidad** El riesgo de HTA aumenta acorde con el incremento del perímetro de la cintura, del índice de masa corporal o del peso, con asociación “dosis-respuesta”. **Actividad física** Es probable que la ausencia de actividad física (sedentarismo) incremente el riesgo de HTA. **Herencia** Existe mayor riesgo de tener HTA si se tienen antecedentes familiares. Se encuentra mayor riesgo cuando ambos padres tienen HTA. **Tabaco** Es probable que la exposición al tabaco incremente el riesgo de tener HTA. Se encuentra un incremento del riesgo de HTA en personas con tabaquismo activo (al menos un cigarrillo al día en forma regular o durante el último año). **Raza** No se encuentra un análisis específico en raza hispana. No se encuentran asociación entre la raza y el riesgo de tener HTA. **¿Puede la recomendación de reducir el sodio de la dieta disminuir la incidencia de HTA, respecto a la no-recomendación?** La evidencia del efecto de la restricción de sodio sobre la tensión arterial (TA) es abundante aunque limitada y heterogénea. Existe una tendencia a la disminución en las cifras de TA, tanto diastólica como sistólica. El beneficio podría ser mayor en personas de raza negra. La recomendación 3. Se sugiere disminuir la ingesta de sal a menos de 4,8g al día, especialmente en personas con riesgo

elevado de tener HTA.

¿Puede la recomendación de incrementar la actividad física disminuir la incidencia de HTA, respecto a la no-recomendación?

Incrementar la actividad física caminando parece disminuir las cifras de tensión arterial diastólica (TAD), sin embargo el efecto es mínimo y la evidencia de muy baja calidad. Incrementar la actividad física con ejercicio aeróbico, al menos 120 minutos a la semana, parece disminuir en forma significativa tanto la TAD como la tensión arterial sistólica, aunque la evidencia es limitada. Recomendación 6. Se recomienda realizar actividad física aeróbica, al menos 120 minutos a la semana, con el fin de prevenir HTA, especialmente en grupos de riesgo.

DIAGNÓSTICO

Recomendación 7. En caso de hallar valores de TA en consultorio entre 140-159/90-99 mmHg, debe preferirse confirmar el diagnóstico de HTA utilizando MAPA y auto monitoreo en casa.

Diagnóstico De Retinopatía Hipertensiva

En cuidado primario y rutinario de pacientes con HTA estadio I/no complicada se recomienda no hacer fundoscopia para valoración de daño microvascular. Recomendación 8b. En los pacientes a mayor riesgo de daño microvascular (HTA estadio II/ refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor), se recomienda valoración por oftalmólogo cada 2 años.

Diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda (HVI)

El electrocardiograma tiene un papel muy limitado en la tamización de HVI en pacientes con diagnóstico reciente de HTA. Aunque la ecocardiografía tendría un adecuado rendimiento diagnóstico y sensibilidad al cambio.

Diagnóstico de nefropatía hipertensiva

La tamización de micro albuminuria con una muestra de orina aislada, incluyendo la detección en tiras reactivas de una relación proteinuria/creatinuria positiva resulta un método conveniente, con un buen rendimiento diagnóstico.

Una vez corroborado el diagnóstico, la cuantificación de la excreción urinaria de proteínas (un marcador valido de avance de la nefropatía hipertensiva) permitiría no solo estratificar el pronóstico, sino también evaluar el impacto del tratamiento sobre el daño de este órgano blanco.

¿Cuáles son los factores predictores de eventos cardiovasculares?

El riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares en un paciente hipertenso se desprende de tres factores:

(a) La presencia de daño de órgano blanco

(b) La presencia de enfermedad cardiovascular establecida, sea a nivel cardiaco, vascular periférico o en sistema nervioso central.

(c) El riesgo cardiovascular calculado, con base en los factores convencionales.

Existen múltiples cohortes y modelos predictores de riesgo cardiovascular. Como hallazgo consistente se han documentado los siguientes factores modificadores de riesgo: edad, TA, sexo, tabaquismo, lípidos séricos, diabetes mellitus, hipertrofia ventricular izquierda, terapia antihipertensiva, índice de masa corporal, etnia, antecedentes familiares, enfermedad renal crónica e historia familiar.

TRATAMIENTO

Cambios dietarios Los cambios dietarios orientados a la disminución de peso se asocian a una disminución significativa de las cifras de TA sistólica y diastólica comparados con no realizar ningún cambio. Se recomienda implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución de peso en todos los pacientes con HTA con índice de masa corporal mayor a 25 kg/m2 .

Reducción de la ingesta de sodio La reducción de la ingesta de sodio se asocia a disminución de las cifras de TA . Se recomienda implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución de la ingesta de sodio en todos los pacientes con HTA.

Actividad física El aumento de la actividad física en pacientes hipertensos, preferiblemente a través de instalaciones deportivas, se asocia a una disminución significativa de las cifras de TA, Se recomienda estimular la actividad física regular en todos los pacientes con HTA.

Ingesta de alcohol La recomendación de reducir la ingesta de alcohol se asocia a una disminución de las cifras de TA, En pacientes con HTA e ingesta excesiva de alcohol (superior a un trago en mujeres o dos en hombres por semana), se recomienda disminuir su consumo.

Enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular

La utilización de antihipertensivos en monoterapia en pacientes con media de TA menor a 160/90 mmHg y terapia combinada en pacientes con media de TA mayor, se asocia a una disminución del riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular. Con excepción de un probable efecto mayor del calcio antagonista en la prevención de la enfermedad cerebrovascular, no existen diferencias en el beneficio obtenido con los diferentes tipos de antihipertensivos.

Todas las clases de antihipertensivos utilizados en monoterapia y en combinación reducen en forma similar el riesgo de desarrollo de falla cardiaca frente a terapias con placebo.

Se recomienda, en el momento del diagnóstico, en pacientes con cifras de tensión arterial sistólica mayor o igual a 160mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 100mmHg, considerar el inicio del tratamiento con combinación de familias de antihipertensivos (excepto la combinación de IECA y ARA)

Enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular (ECV)

El uso de antihipertensivos en personas mayores de 60 años, se asocia a disminución del riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular. Así mismo, el tratamiento antihipertensivos se asocia a disminución del riesgo de enfermedad coronaria y ECV en mujeres de cualquier edad y origen racial.

SEGUIMIENTO El fenómeno de bata blanca describe a los pacientes cuya TA aparece elevada durante la consulta de seguimiento, pero está controlada durante el resto del día (falsos positivos). La HTA enmascarada describe a pacientes cuya TA parece normal en el consultorio pero está elevada durante la mayor parte del día (falsos negativos). Los casos anteriores han creado la necesidad de

realizar mediciones de TA fuera del consultorio durante el seguimiento de los pacientes en tratamiento antihipertensivo.

Durante el seguimiento de pacientes con HTA, debe preferirse usar monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) al auto-monitoreo en casa (AMC).

COMPLICACIONES

La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos, y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial.

COMPLICACIONES SEGUN LESION DE ORGANO BLANCO

SISTEMA	EVIDENCIA CLINICA	AYUDAS DIAGNOSTICAS
Cardíaco	Enfermedad Coronaria (EC) Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) Insufiencia Cardiaca Congestiva (ICC).	Examen físico Electrocardiograma (EKG) o imagenologia (radiografía de tórax) Ecocardiográficos
Cerebrovascular:	Isquémica transitoria. Evento cerebrovascular.	Examen médico (evaluar pulsos), Fondo de ojo Examen neurológico
Retinopatía:	Aumento de la luminosidad de los vasos. Entrecruzamiento de vasos. Hemorragias o exudados (con o sin papiledema).	Examen del fondo de ojo
Sistema Renal:	Creatinina sérica mayor 1.5 mg/dl (130 u mol/l). Microalbuminuria. Proteinuria >1.	Examen médico (evaluar masas renales, soplos, pulsaciones anormales en la aorta). Laboratorios (Parcial de orina Nitrógeno uréico, creatinina Microalbuminuria).
Sistema vascular periférico:	La ausencia de uno o más pulsos periféricos excepto el pedio con o sin claudicación intermitente es un indicador de compromiso vascular periférico.	Examen médico

Cuadro 2. COMPLICACIONES SEGUN ESTADO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Estadio I	Sin manifestaciones de modificación orgánica.
Estadio II	Al menos una de las manifestaciones siguientes de afectación órganos: • Hipertrofia ventricular izquierda (detección Ecocardiograma) • Estrechamiento general y focal de las arterias retinianas • Microalbuminuria, proteinuria y/o ligera elevación de la concertación de creatinina en plasma (1,2– 2,0 mg/dl). • Signos radiológicos o ecográficos de placa aterosclerótica (en la aorta o arterias carótidas, ilíacas o femorales).
Estadio III	Aparición de síntomas y signos como resultado de la lesión de órganos: • **Corazón**: Angina de pecho, Infarto de miocardio, Insuficiencia cardiaca • **Cerebro**: Accidente cerebrovascular, Ataque isquémico transitorio, Encefalopatía hipertensiva, Demencia vascular • **Fondo de Ojo**: Hemorragia retiniana y exudado con o sin edema papilar • **Riñón**: Creatinina en plasma > 2.0 mg/dl, Insuficiencia Renal • **Vasos sanguíneos**: Aneurisma disecante, Arteriopatía oclusiva sintomática.

Fuente: Informe de un Comité de Expertos de OMS sobre Hipertension Arterial y 1993 guidelines for management of mild hypertesion.[3]

Toma de la presión arterial

La toma de la presión arterial es el método utilizado para la detección temprana de la hipertensión arterial en los diferentes grupos de población.

Adecuada técnica en la medición de la tensión arterial:

- La persona debe estar sentada en una silla con su espalda apoyada, sus antebrazos apoyados y sus brazos a nivel del corazón.
- No haber fumado o ingerido cafeína durante los 30 minutos previos a la medición.
- La medición debe hacerse después de cinco minutos de reposo.
- El tamaño del brazalete debe ocupar el 80% de la longitud total del brazo.
- Preferiblemente con un esfigmomanómetro de mercurio, o manómetro aneroide recientemente calibrado o medidor electrónico validado.
- Deben promediarse dos o más mediciones tomadas en forma separada, con un intervalo de dos minutos.

- Si las dos primeras mediciones difieren por más de 5 mmHg, se deben obtener y promediar mediciones adicionales.

Para la toma de la tensión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Perfecto funcionamiento del equipo utilizado.
- Personal médico y de enfermería capacitado y entrenado.

ENFERMEDAD VENOSA CRONICA

Los trastornos venosos crónicos incluyen una amplia gama de problemas funcionales y morfológicos del sistema venoso, independientemente se produzcan síntomas o no. Desde el 2009 se define la enfermedad venosa crónica (EVC), como aquella situación patológica de larga duración derivados de alteraciones anatómicas y funcionales del sistema venoso que se manifiestan por síntomas y signos que necesitan estudio y tratamiento. El hecho fisiopatológico fundamental de la hipertensión venosa, producida por el reflujo y la obstrucción de las venas.

Los síntomas principales, con gran variabilidad clínica individual, incluyen: dolor, pesadez, piernas cansadas, calambres, prurito, sensación de calor, el denominado síndrome de piernas inquietas, claudicación venosa y, por supuesto, malestar estético. Los signos incluyen las telangiectasias y varices con sus diferentes tipos: reticulares, colaterales o tributarias y tronculares. El edema, trastornos tróficos en la piel (pigmentación, dermatitis, eczema, lipodermatoesclerosis) y las úlceras son las manifestaciones visibles más avanzadas.

La EVC normalmente está causada por alteraciones primarias de la pared venosa o de las válvulas. También estas alteraciones pueden ser causadas de forma secundaria por las secuelas de la trombosis venosa profunda (TVP), que producen el reflujo, obstrucción o ambos. Las malformaciones venosas son también una causa, aunque muy poco frecuente, de EVC.

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es un término que de acuerdo con los consensos actuales debe reservarse para la EVC avanzada, en aquellos casos en los que se produzca edema, trastornos tróficos en la piel y úlceras la población de

Mayor riesgo está definida por las siguientes características y son a las que va dirigido la promoción y prevención:

Mayor riesgo- asociación causal

Herencia genética.
Trauma extremidad.
Edad

Riesgo intermedio - resultados contradictorios:

Sexo femenino
Trombosis venosa
Flebitis de la extremidad
Mayor número embarazos
Uso de anticonceptivos
Terapia reemplazo hormonal

Riesgo bajo - asociación causal aún no determinada

Ortostatismo laboral prolongado
Ropa apretada
Sedentarismo
Obesidad
Estreñimiento
Tabaquismo

CLASIFICACIÓN CEAP DE LA EVC

Clínica → Clase 0 no signos visibles
Clase 1: telangectasias o varices
clase 2: varices
Clase 3: edema
Clase 4: signos dérmicos
Clase 5: ulcera cicatrizada
Clase 6: ulcera activa
→ asintomático / sintomático

Etiología → congénita, primaria, secundaria.
Anatomía → superficial y/o profunda y/o perforante.
Patofisiologia → reflujo y/o obstrucción.

SINTOMAS	NO	LEVE	MODERADO	SEVERO
dolor	0	1	2	3
calambres	0	1	2	3
pesadez	0	1	2	3
prurito	0	1	2	3
SIGNOS	0	1	2	3
Edema pretibial	0	1	2	3
Piel indurada	0	1	2	3
Hiperpigmentacion	0	1	2	3
Enrojecimiento	0	1	2	3
Ectasia venosa	0	1	2	3
Dolor a la compresión pantorrilla Score de 0 a 4 : no presenta Score de 5 a 9 : leve Score de 10 a 14 : moderado Score mayor 15 : severo	0	1	2	3

DIAGNOSTICO

No existe un único método capaz de suministrar toda la información precisa para tomar las decisiones clínicas adecuadas y establecer las estrategias de tratamiento oportunas, se debe buscar la presencia o ausencia de obstrucción, reflujo o disfunción de la bomba muscular, así como la severidad de cada una de ellas.

La Ecografía Dopler es superior a la flebografía y se considera el Gold standard para detectar el

reflujo en cualquier segmento venoso. En la exploración ecográfica Doppler es preciso examinar la totalidad de sistema venoso superficial y profundo, así como las venas perforantes y comunicantes y determinar:

✔ Ortostatismo para el examen de la vena femoral y safena interna y con el paciente sentado para las venas de la pantorrilla y poplítea.

✔ Medida de la duración del pico de máxima velocidad y reflujo después de compresión extrínseca de la pantorrilla y descompresión de la misma.

✔ Tamaño y competencia de las perforantes.

✔ Diámetro de las venas safenas.

✔ Tamaño y competencia valvular de las venas tributarias de la safena mayor o interna.

✔ Extensión anatómica del reflujo en las venas profundas.

TRATAMIENTO

El tratamiento conservador constituye la principal modalidad de tratamiento durante el periodo inicial de atención al paciente, en espera de cirugía, o en aquellos no tributarios de la misma, se utiliza:

La elastocompresión constituye un elemento fundamental para el tratamiento de la enfermedad venosa crónica.

Grados de compresión: es aquel que confiere una presión suficientemente alta durante la marcha (presión de trabajo) capaz de ejercer un marcado efecto de masaje manteniendo una presión tolerable en reposo, debido a la reducción del edema con el tiempo los vendajes pierden presión tras ser colocados. Por ello, deben ser aplicados con una presión más alta y renovados cuando esta disminuye hasta un nivel inefectivo. Las medias se formularán con el compromiso del paciente, Deben ser colocadas desde primera hora de la mañana y renovadas cada 3 – 6 meses si se llevan diariamente, las medias son indicadas para el tratamiento a largo plazo. Los vendajes son usados principalmente en las fases iníciales de la terapia de compresión. Las medias de compresión no previenen la aparición de varices durante el embarazo, pueden disminuir la incidencia de insuficiencia de vena safena mayor, el reflujo en el confluente safeno-femoral y mejorar la sintomatología de la extremidad. Se aconseja además la media posterior a escleroterapia. Las medias de clase III reducen la incidencia de síndrome postrombótico, además post cirugía muestra efectividad en el control de dolor, equimosis, tromboflebitis y costos. La elastocompresión acelera la curación de las úlceras venosas comparada con la no compresión, Los sistemas multicapa son más efectivos que los de una sola capa. Y si está conteniendo el vendaje elástico son más efectivos que los que tienen componentes inelásticos.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La denominación de fármaco venoactivo (FVA) comprende un grupo heterogéneo de productos: Fracción Flavonoica Purificada y Micronizada (FFPM), ruscusaculeatus, hesperidina, troxerutina, Ginkgo Biloba... Algunos son sintéticos, otros de origen vegetal. En algunos casos los productos comercializados tienen más de un componente active, actúa sobre:

✔ Acción sobre el tono venoso

✔ Acción sobre el proceso inflamatorio en las válvulas y pared venosa

✔ Acción sobre el edema

✔ Acción sobre Cambios cutáneos relacionados con anormalidad capilar

✔ Drenaje linfático

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Durante los últimos 15 años, el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas para la corrección del reflujo primario del sistema venoso superficial, ha provisto de métodos menos agresivos para el paciente capaces de tratar dicho trastorno tales como la radiofrecuencia (RF), el láser endovenoso (EVLA), el vapor de agua, la escleroterapia y otros métodos mínimamente invasivos.

La intervención de varices por medio de cirugía abierta, endovenosa (radiofrecuencia, láser...) o escleroterapia pretende eliminar el reflujo, restablecer la normalidad hemodinámica, y extirpar las varices visibles para eliminar los síntomas, prevenir la recurrencia y minimizar las complicaciones de la enfermedad venosa crónica. Las indicaciones de las distintas modalidades de tratamiento referidas son determinadas por la presencia de reflujo en safena y existencia de dilataciones varicosas, disponibilidad de los distintos métodos, experiencia del centro y preferencia del paciente. La eliminación del reflujo de safena, cuando existe, es el paso inicial, preferiblemente por técnicas endoluminales, seguido de cirugía las cuales serían los pacientes que NO se puede hacer la cirugía endoluminal, con la excepción de las recurrencias varicosas debidas a crosectomía deficiente donde la escleroterapia es considerada una alternativa a la cirugía.

Ablación con radiofrecuencia:
El calor liberado a través de un catéter causa una lesión térmica en la pared venosa que produce la destrucción del endotelio, la desnaturalización del colágeno de la capa media, la oclusión trombótica y la fibrosis de la vena.
La RF se realiza bajo anestesia local tumescente guiada por ultrasonidos y con un catéter introducido percutáneamente en cirugía sin ingreso. La primera generación de RF utilizó un catéter bipolar (Closure plus) que llegaba a 85 oC. El Closurefast (VNUS/Covidien), introducido en 2007, permite un tratamiento más rápido a una temperatura de 120 oC y con un tiempo total de 3-4 minutos.

INDICACIONES:
● Insuficiencia de safena mayor con dilatación mayor de 5mm en su diámetro AP
● Insuficiencia de safena menor con dilatación mayor de 5mm en su diámetro AP
● Varices sintomáticas, CEAP 2 o mayor
● Pacientes con ulcera venosa, linfedema y cambios tróficos de la piel.
● Pacientes con comorbilidades que limitan la cirugía abierta: obesidad, enfermedades, edad.
● Contraindicaciones para anestesia raquídea. Láser endovenoso Similar a la RF, el calor generado por el láser causa un daño directo en la pared venosa. Sin embargo, también tiene un efecto de lesión sobre la sangre. La sangre coagula entre 70 y 80oC. Las burbujas producidas y la carbonización del coágulo se producen entre 200 y 300oC.

Escleroterapia:
La inyección de un agente esclerosarte en el interior de la vena para conseguir la fibrosis y obstrucción de la misma se ha utilizado desde hace más de 100 años. Inicialmente en forma líquida para el tratamiento de telangiectasias y arañas vasculares.
Escleroterapia con espuma ecoguiada (USGFS) El tratamiento de escleroterapia con espuma ecoguiada (USGFS), se extendió rápidamente para el tratamiento de varices primarias o recidivadas incluyendo safenas mayor y menor, perforantes y malformaciones venosas, ya que en 1995 y 2000 Cabrera aportó la preparación mezclando gas con polidocanol, lo que permitiría tratar venas de gran calibre.

Existen otras técnicas que no son de interés a tratar en esta guía y no se colocaron como pregunta de investigación, por su mínimo acceso a estas técnicas en nuestra región.
El reflujo venoso con afectación de las venas profundas se halla en menos de un 10% de los pacientes con cambios cutáneos y ulceración (C4-C6), asociándose con el reflujo superficial o la incompetencia valvular de perforantes en muchos pacientes, la causa más común de reflujo venoso profundo es debida a los cambios postrombóticos lo que se estima que ocurre en un 60-85% de pacientes.
El reflujo primario, menos común, es el resultado de anormalidades estructurales de la pared venosa y de las propias válvulas. La ausencia congénita de válvulas constituye una etiología muy poco frecuente.
El reflujo puede asociarse a obstrucción ilíaca tanto en enfermedad postrombótica como no

	trombótica y Las técnicas quirúrgicas para tratar el reflujo venoso profundo pueden clasificarse en dos grupos. El primero requiere flebotomía e incluye valvuloplastia interna, transposición, trasplante, creación de neo válvulas o implante de válvulas crio preservadas.		
Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	Se anexa planilla de asistencia	No Aplica	No Aplica
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	N/A	N/A	N/A
Próxima reunión	N/A		
Elaboró	Marcela Garzón - Enfermera Paola Velazco – Enfermera Carolina Arango – Enfermera Luisa Molina - Enfermera		

Anexos:

REGISTRO FOTOGRAFICO





PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código: FOR-GD-023
Versión: 2
Fecha: Marzo 2024 (RES - 1245 / 2024)
Página 1 de 1

1. Tema: Tips Practica Clinica 2. Lugar o Localidad o Sede: CC Hogar Nazareth 3. Fecha y hora: 19 de Marzo 6:30 pm

4. Nombre responsable: Luisa Molina 5. Dependencia responsable: Enfermeria

6. Ítem	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad		9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono y Ext. / Celular	14. Firma
		8.1 Tipo	8.2 Número						
1	Molina Gonzalez A	CC	53931503	Hogar Nazareth	AUX Enfermera	Planta	Molinagonzalezluisa@hotmail.com	3202559824	
2	Nidia Jimenez Peralta	CC	35250294	Hogar Nazareth	AUX enfermeria	Planta	nidiajimenez71273@gmail.com	3115550754	
3	Diana Cortes	CC	3160205417	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	planta	[illegible]	3130212607	
4	cindy diaz	CC	1065828478	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	planta	[illegible]	5204682063	
5	Sara y Lizeth Bustos	CC	1.069916776	Hogar Nazareth	Aux enfermeria	Planta	[illegible]	3213495427	
6	Deni Lopez T	CC	37120817	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	[illegible]	3022205045	
7	Diana David Pinzon	CC	1003516[illegible]	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	[illegible]	3044057870	
8	Karen Beltran	CC	1003116732	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	[illegible]	3162007236	
9	Inge Diviana Barrera	CC	1064744722	(Aux) Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	[illegible]	3212340745	
10	Yuli Castillo	CC	1070752729	(Aux) Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	[illegible]	3208523079	
11	Estefany Granados	CC	1070752793	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	[illegible]	3107523079	
12	Nelly Izquierdo	CC	53931645	CC Hogar Nazareth	Auxiliar Enfermeria	Planta	[illegible]	3214761078	
13	Monica Jimenez	CC	1003516726	Hogar Nazareth	Auxiliar Enfermeria	Planta	[illegible]	3222453312	
14	Deisy Camilo Buitrago	CC	35250105	Hogar Nazareth	Aux enfermeria	Planta	[illegible]	3143420857	
15									
16									
17									
18									
19									
20									

*Tratamiento de datos personales: "En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me han informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades relacionadas en la Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar mis datos personales que se recolectan mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía."

*Esta actividad realizada de manera voluntaria debe ser reportada al Proceso Gestión de [illegible] – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

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

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código: FOR-GD-023
Versión: 2
Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024
Página: 1 de 1

1. Tema: Socialización Guías Practica Clínica Medica 2. Lugar o Localidad o Sede: CC Hogar Nazareth 3. Fecha y hora: 22-03-2025 19:00

4. Nombre responsable: Diana Marcela Gaviria G 5. Dependencia responsable: Enfermería

6. ítem	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad		9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono y Ext. / Celular	14. Firma
		8.1 Tipo	8.2 Número						
1	Sonia Rosado Lopez	CC	1071550460	Hogar Nazareth	Auxiliar Enfermeria	Planta	soni96rosado@gmail.com	3217623570	
2	Sandra Gaviria	CC	35254446	Hogar Nazareth	Aux enfermeria	Planta	Sandragaviria bernal1982@	3123287232	
3	Monica Sarmiento	CC	1003516936	Hogar Nazareth	Auxiliar Enfermera	planta	sarmientomonica00@gmail.com	3222453317	
4	Estefany Garavito	CC	1070752893	Hogar Nazareth	Auxiliar Enfermera	Planta	Estefanygaravito23@gmail.com	3108523989	
5	Paloma Pinzon	CC	39678396	Hogar Nazareth	Aux. Enfermeria	Planta	Rositin201024@hotmail.com	3007768063	
6	Nelly Jaramillo	CC	53631691	Hogar Nazareth	Aux Enfermera	Planta	[illegible]	3214261471	
7	Leidy Montejo	CC	1059877572	Hogar Nazareth	Aux enfermeria	planta	[illegible]	3025239578	
8	Ivi Tatiana Sanchez Sanchez	CC	20391960	Hogar Nazareth	Aux Enfermera	Planta	[illegible]	3195685237	
9	Gladys Tobon	CC	35254364	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	yhedary12@hotmail.com	3004259533	
10	Angie Viviana Borray	CC	1069743722	Hogar Nazareth.	Aux Enfermeria	planta	diviborray@hotmail.com	3212340715	
11	Juan David Cano	CC	1077[illegible]	Hogar Nazareth	Auxiliar Enfermeria	planta	juandavid.cano[illegible]@gmail.com	3146773617	
12	Claudia Yamile Bayona	CE	352[illegible]	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	[illegible]	3143420819	
13	Yuli Castillo Leon	CC	1070752720	Hogar Nazareth	Aux Enfermeria	Planta	Yulicg397@gmail.com	3046666205	

Tratamiento de datos personales: "En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía"

Toda actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Scanned with CamScanner