ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Tema: Socialización lineamientos, fichas técnicas y listas de chequeo equipo de seguimiento.

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Dirección de Provisión de Servicios de Salud	Equipos Básicos Extramurales de Hogar

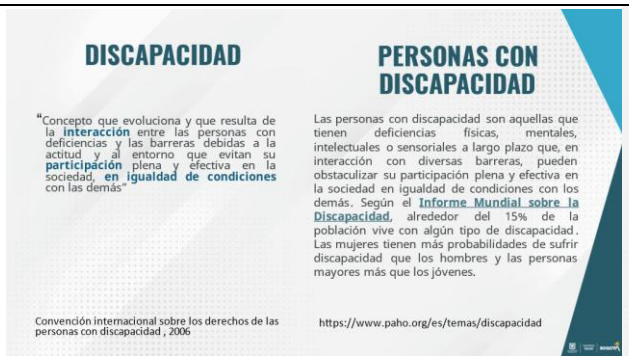
Objetivo	Fecha: 7 febrero 2025			
Realizar la socialización por parte del equipo de nivel central de lineamientos, fichas técnicas y listas de chequeo para realizar seguimiento retrospectivo y en campo a los convenios interadministrativos suscritos con las SISS.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación (X) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro ( ) _____		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Casa Amarilla SDS			
	Hora Inicio: 8:00am Hora Fin: 4:30pm			
	Notas por: Paola Torres Ochoa			
	Próxima Reunión: Por definir			
	Quien cita: Johanna Andrea Torres Ruiz			

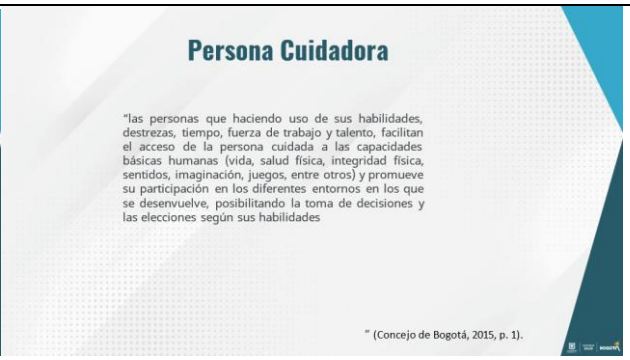
TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Siendo las 8am se da inicio a la reunión entre el equipo de nivel central y el equipo de seguimiento, quienes realizaran seguimiento retrospectivo y en campo a las Subredes Integradas de Servicios de Salud. Se socializa cronograma de la sesión a realizar:

PROGRAMACION	HORA	Responsable
Gestión familiar (RBC - Enfoque diferencial)	8:00am	Liliana Tunjo - Milena Useche
Gestión familiar (Plan de cuidado familiar y abordaje territorial)	10:00 a. m.	Sindy Sánchez (rutas)
Gestión Individual		Diana Velandia
Minutas - Clausulado	2:00 p. m.	Karen Parrado
Plan Programático y presupuestal	3:00 p. m.	Angie Correa
Anexo de glosas	4:00 p. m.	Paola Torres

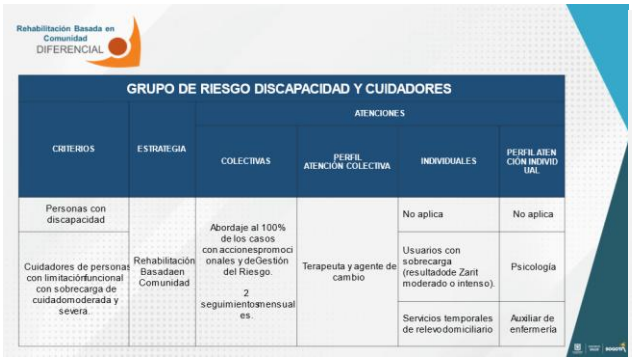
Desde RBC se empieza socializando los términos de discapacidad, personas con discapacidad, persona cuidadora y tipos de discapacidad al equipo de seguimiento, se socializan las estrategias integrales de los equipos básicos extramurales de hogar.

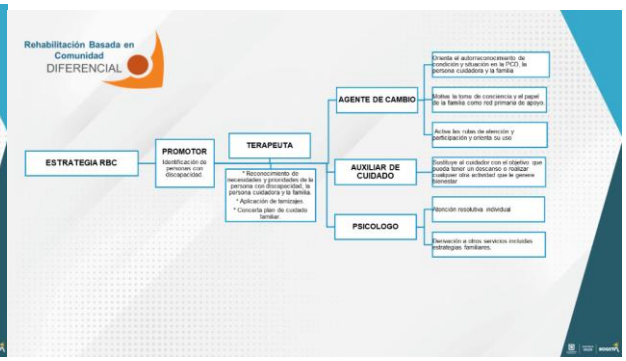










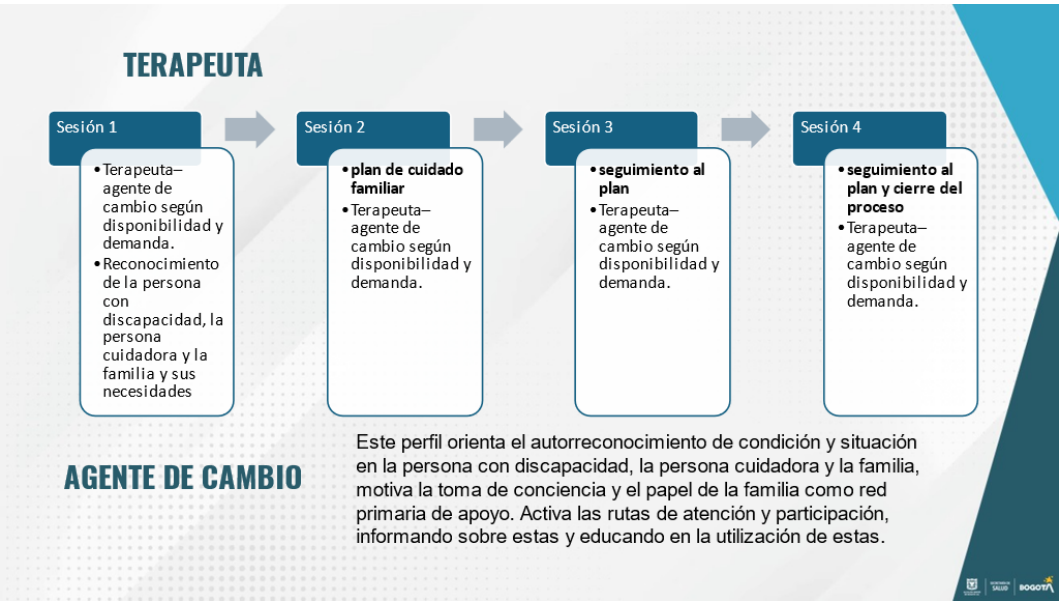


Se socializa el proceso que realiza el promotor, la terapeuta, el agente de cambio, el auxiliar de cuidado y el psicólogo, en RBC es el único proceso donde el psicólogo puede realizar intervenciones individuales.

REPORTE DE LA ACCIÓN:

- Reporte cuantitativo y cualitativo del proceso acorde con lo definido por nivel central y que dé cuenta de lo desarrollado por localidad, tanto para persona con discapacidad como para persona cuidadora.
- Matriz de Monitoreo mensual con datos cuantitativos de cobertura poblacional en las condiciones establecidas por la secretaria de Salud.
- El trabajo de asesoría realizado por familia se registra en el formato "Reporte de asesoría y seguimiento RBC".
- Instrumento WHODAS aplicado a la persona con discapacidad
- Escala ZARIT aplicada a la persona cuidadora

- Para las personas vinculadas a RBC en las acciones de las manzanas del cuidado se requiere reportar cobertura en de RBC para las manzanas de acuerdo a la articulación y establecido en el Sistema de Información SIDICU, con las variables, según demanda.
- Actas de asistencia técnica según convocatoria de nivel central
- Registro de canalizaciones de las personas a las acciones de RBC, al proceso MAS Bienestar para la persona cuidadora y a procesos del PSPIC, también, a rutas intersectoriales.
- Actas de reunión y coordinación del equipo (terapeuta, Agente de Cambio y Auxiliar de cuidado para articular los posibles casos, así como las acciones adelantadas con cada familia, para dar cumplimiento al plan de cuidado concertado).



•

ATENCIÓN POR PSICOLOGÍA:



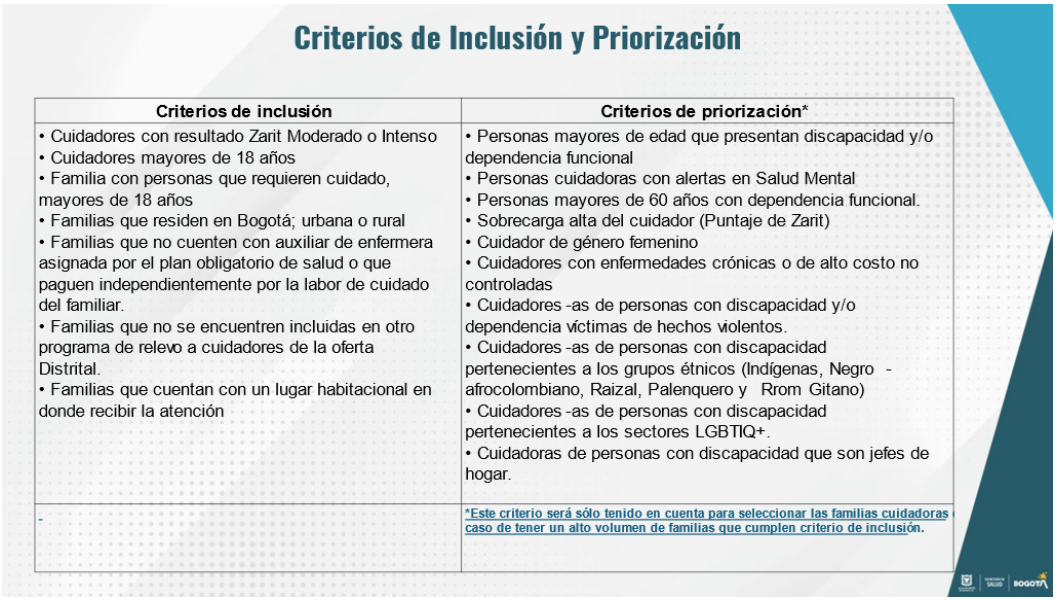


AUXILIAR CUIDADO:

- Identificación de las canalizaciones realizadas por las Terapeutas de los Equipos Básicos Extramurales y la gestión de la base de datos de los posibles usuarios.
- Revisión del interés de las familias en participar y verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y priorización

para la vinculación de cuidadores a la Estrategia MAS Bienestar para la persona cuidadora.

- Una vez establecidas las personas sujeto de intervención, se deberá adelantar el ejercicio de acercamiento y concertación de la atención del Auxiliar en el domicilio, dando a conocer el objetivo y el alcance de la actividad.
- Todas las familias deben pasar previamente por el proceso de caracterización y de abordaje en el marco de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad.
- Mesa de trabajo entre terapeuta, Agente de Cambio y Auxiliar de cuidado para articular los posibles casos, así como las acciones adelantadas con cada familia, para dar cumplimiento al plan de cuidado concertado.
- Revisión de los criterios de inclusión a la Estrategia MAS Bienestar para la persona cuidadora.



Criterios de Inclusión y Priorización

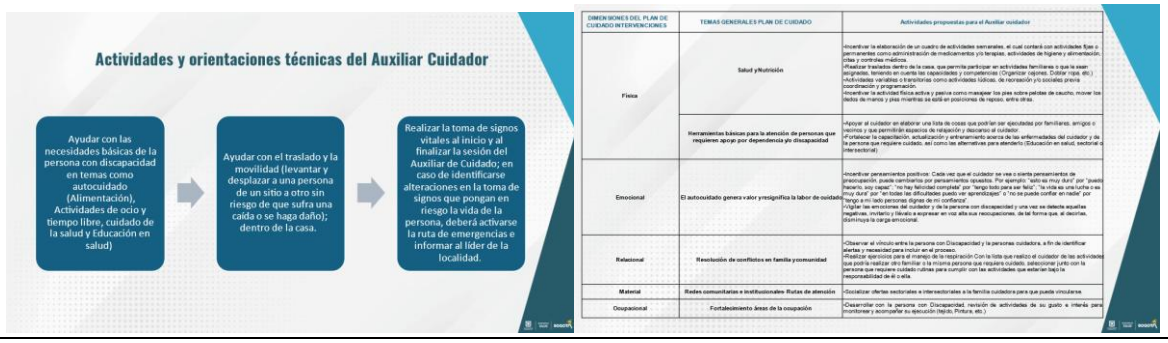
Criterios de inclusión	Criterios de priorización*
• Cuidadores con resultado Zarit Moderado o Intenso • Cuidadores mayores de 18 años • Familia con personas que requieren cuidado, mayores de 18 años • Familias que residen en Bogotá; urbana o rural • Familias que no cuenten con auxiliar de enfermera asignada por el plan obligatorio de salud o que paguen independientemente por la labor de cuidado del familiar. • Familias que no se encuentren incluidas en otro programa de relevo a cuidadores de la oferta Distrital. • Familias que cuentan con un lugar habitacional en donde recibir la atención	• Personas mayores de edad que presentan discapacidad y/o dependencia funcional • Personas cuidadoras con alertas en Salud Mental • Personas mayores de 60 años con dependencia funcional. • Sobrecarga alta del cuidador (Puntaje de Zarit) • Cuidador de género femenino • Cuidadores con enfermedades crónicas o de alto costo no controladas • Cuidadores -as de personas con discapacidad y/o dependencia víctimas de hechos violentos. • Cuidadores -as de personas con discapacidad pertenecientes a los grupos étnicos (Indígenas, Negro - afrocolombiano, Raizal, Palenquero y Rrom Gitano) • Cuidadores -as de personas con discapacidad pertenecientes a los sectores LGBTIQ+. • Cuidadoras de personas con discapacidad que son jefes de hogar.
-	*Este criterio será sólo tenido en cuenta para seleccionar las familias cuidadoras caso de tener un alto volumen de familias que cumplen criterio de inclusión.

SOPORTES:

- Actas de reunión y coordinación del equipo (terapeuta, Agente de Cambio y Auxiliar de cuidado para articular los posibles casos, así como las acciones adelantadas con cada familia, para dar cumplimiento al plan de cuidado concertado).

FRECUENCIA:

- Esta mesa de trabajo se realizará con la frecuencia que el equipo defina, según las características de la población abordada y la demanda de esta.



Actividades y orientaciones técnicas del Auxiliar Cuidador

Ayudar con las necesidades básicas de la persona con discapacidad en temas como autocuidado (Alimentación), Actividades de ocio y tiempo libre, cuidado de la salud y Educación en salud)

Ayudar con el traslado y la movilidad (levantar y desplazar a una persona de un sitio a otro sin riesgo de que sufra una caída o se haga daño); dentro de la casa.

Realizar la toma de signos vitales al inicio y al finalizar la sesión del Auxiliar de Cuidado; en caso de identificarse alteraciones en la toma de signos que pongan en riesgo la vida de la persona, deberá activarse la ruta de emergencias e informar al líder de la localidad.

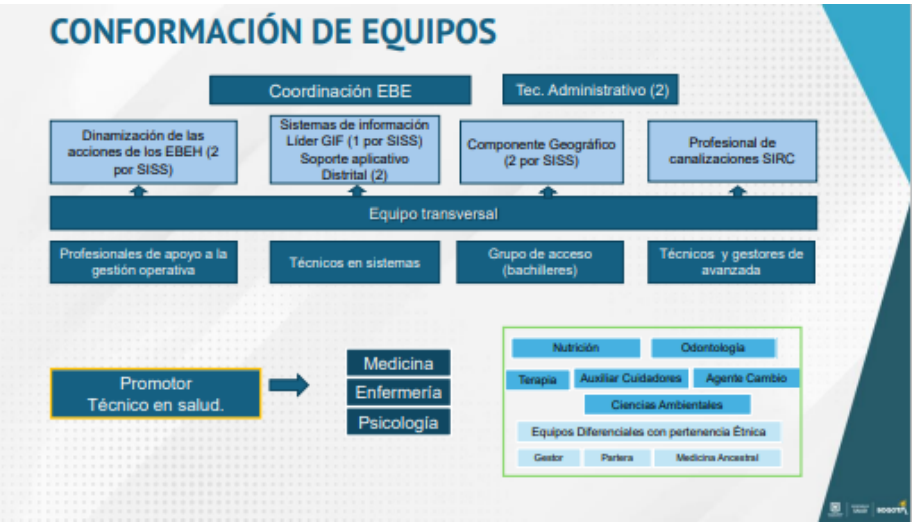
DIMENSIONES DEL PLAN DE CUIDADO INTERVENCIONES	TEMAS GENERALES PLAN DE CUIDADO	Actividades propuestas para el Auxiliar cuidador
Física	Salud y Nutrición	•Incentivar la elaboración de un cuadro de actividades semanales, el cual contará con actividades fijas o permanentes como administración de medicamentos y/o terapias, actividades de higiene y alimentación, citas y controles médicos. •Realizar traslados dentro de la casa, que permita participar en actividades familiares o que le sean asignadas, teniendo en cuenta las capacidades y competencias (Organizar ropines, Doblar ropa, etc.) •Actividades variables o transitorias como actividades lúdicas, de recreación y/o sociales previa coordinación y programación. •Incentivar la actividad física activa y pasiva como masajear los pies sobre pelotas de caucho, mover los dedos de manos y pies mientras se está en posiciones de reposo, entre otras.
	Herramientas básicas para la atención de personas que requieren apoyo por dependencia y/o discapacidad	•Apoyar al cuidador en elaborar una lista de cosas que podrían ser ejecutadas por familiares, amigos o vecinos y que permitirán espacios de relajación y descanso al cuidador. •Fortalecer la capacitación, actualización y entrenamiento acerca de las enfermedades del cuidador y de la persona que requiere cuidado, así como las alternativas para atenderlo (Educación en salud, sectorial o intersectorial)
Emocional	El autocuidado genera valor y resignifica la labor de cuidado	•Incentivar pensamientos positivos: Cada vez que el cuidador se vea o sienta pensamientos de preocupación, puede cambiarlos por pensamientos opuestos. Por ejemplo: "esto es muy duro" por "puedo hacerlo, soy capaz", "no hay felicidad completa" por "tengo todo para ser feliz", "la vida es una lucha o es muy dura" por "en todas las dificultades puedo ver aprendizajes" o "no se puede confiar en nadie" por "tengo a mi lado personas dignas de mi confianza" •Vigilar las emociones del cuidador y de la persona con discapacidad y una vez se detecte aquellas negativas, invitarlo y llevarlo a expresar en voz alta sus preocupaciones, de tal forma que, al decirlas, disminuya la carga emocional.
Relacional	Resolución de conflictos en familia y comunidad	•Observar el vínculo entre la persona con Discapacidad y la personas cuidadora, a fin de identificar alertas y necesidad para incluir en el proceso. •Realizar ejercicios para el manejo de la respiración Con la lista que realizo el cuidador de las actividades que podría realizar otro familiar o la misma persona que requiere cuidado, seleccionar junto con la persona que requiere cuidado rutinas para cumplir con las actividades que estarían bajo la responsabilidad de él o ella.
Material	Redes comunitarias e institucionales Rutas de atención	•Socializar ofertas sectoriales e intersectoriales a la familia cuidadora para que pueda vincularse.
Ocupacional	Fortalecimiento áreas de la ocupación	•Desarrollar con la persona con Discapacidad, revisión de actividades de su gusto e interés para monitorear y acompañar su ejecución (tejido, Pintura, etc.)

FRECUENCIA:

- Acorde a la concertación con la familia en articulación con el profesional de terapias
- Entre 6 y 8 sesiones durante el proceso
- Las cuales están sujetas a la recomendación de la terapeuta que realiza la valoración inicial y que deberán ser informadas a la familia.
- La última sesión deberá realizarse antes de la Sesión 4 de la terapeuta, pues esta realiza la evaluación integral del proceso; para su respectivo cierre.

SOPORTES:

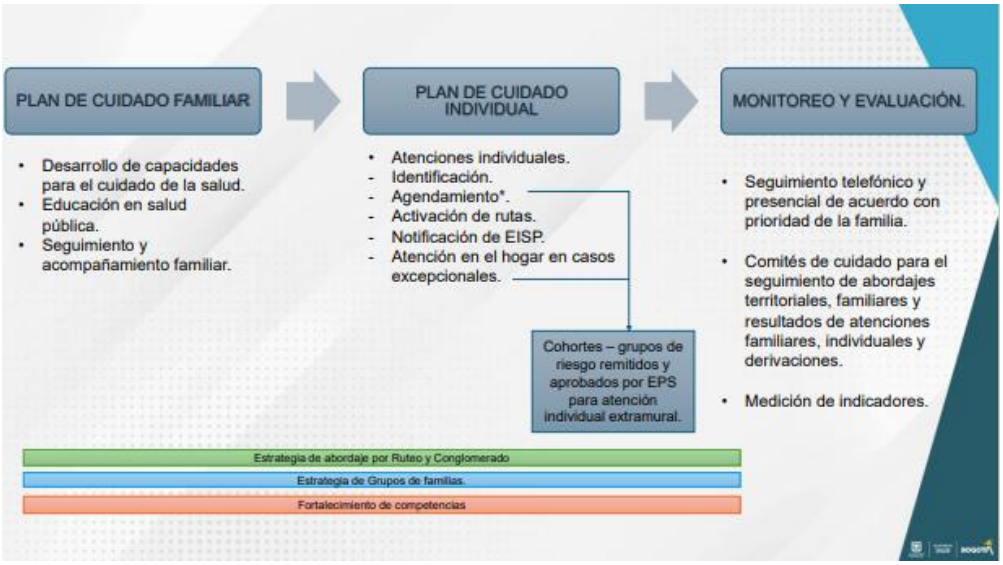
- Planilla de familias con consentimiento informado y atención individual.
- Registro de información en aplicativo GTAPS, cumpliendo atributos de calidad.
- Activaciones de ruta y canalizaciones SIRC.
- Notificación de eventos de interés en salud pública
- Actas de reunión del equipo de la estrategia RBC.



Los equipos en las subredes están conformados por 1 coordinador, 2 técnicos administrativos, 2 dinamizadores, 1 ingeniero de sistemas, 2 geógrafos, 1 profesional de canalizaciones.
El equipo transversal está conformado por profesionales de apoyo a la gestión operativa, técnicos en sistemas, grupo de acceso (bachilleres), técnicos y gestores de avanzada.
Promotores, médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, terapeutas, auxiliares cuidadores, agente de cambio, ciencias ambientales y los equipos diferenciales con pertenencia étnica.



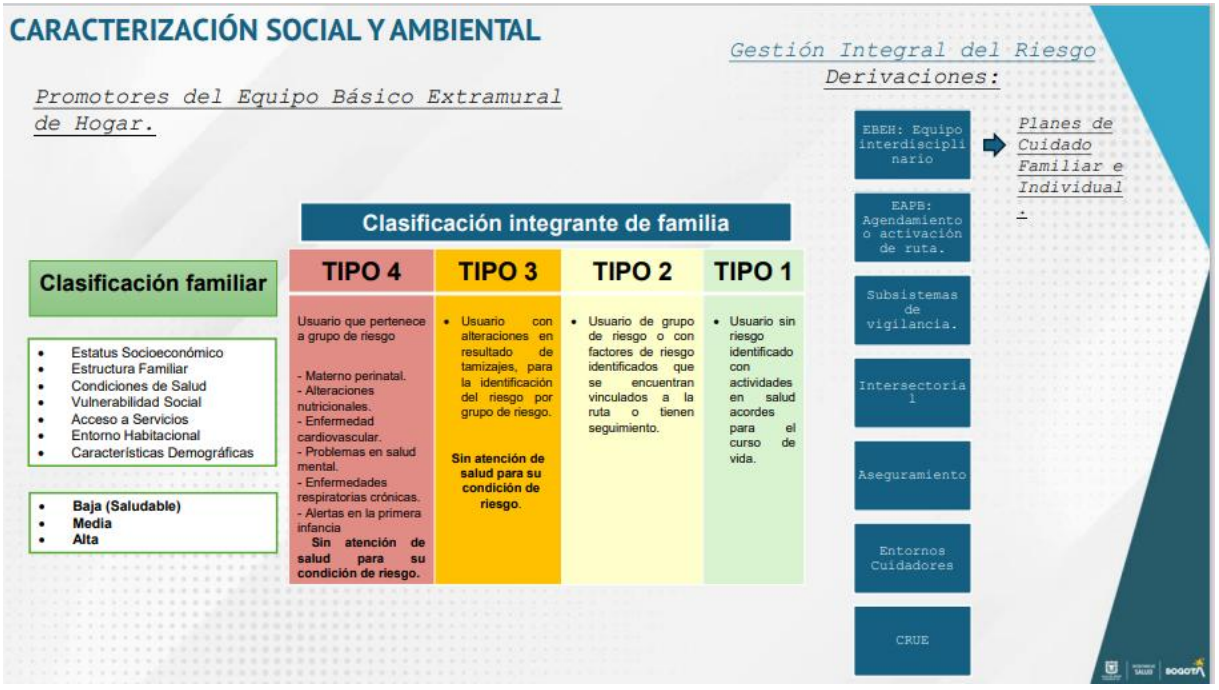
La operación de los equipos se da desde la Gestión Territorial, Gestión familiar, la caracterización, se socializan las acciones inmersas en cada una de ellas y las modalidades de caracterización, para esta primera etapa se inicia presencial en la vivienda.



Se socializa el plan de cuidado familiar, el plan de cuidado individual en donde se realiza el agendamiento a las personas del grupo de riesgo que sean remitidos y aprobados por EPS para atención individual extramural, se resalta que se busca fortalecer la atención intramural.



Las estrategias de abordaje establecidas son a través del barrido casa a casa, el ruteo y los conglomerados, en donde se busca que se realice una caracterización social, ambiental, familiar e individual, y a través de esto generar una clasificación familiar, de acuerdo con los riesgos identificados.



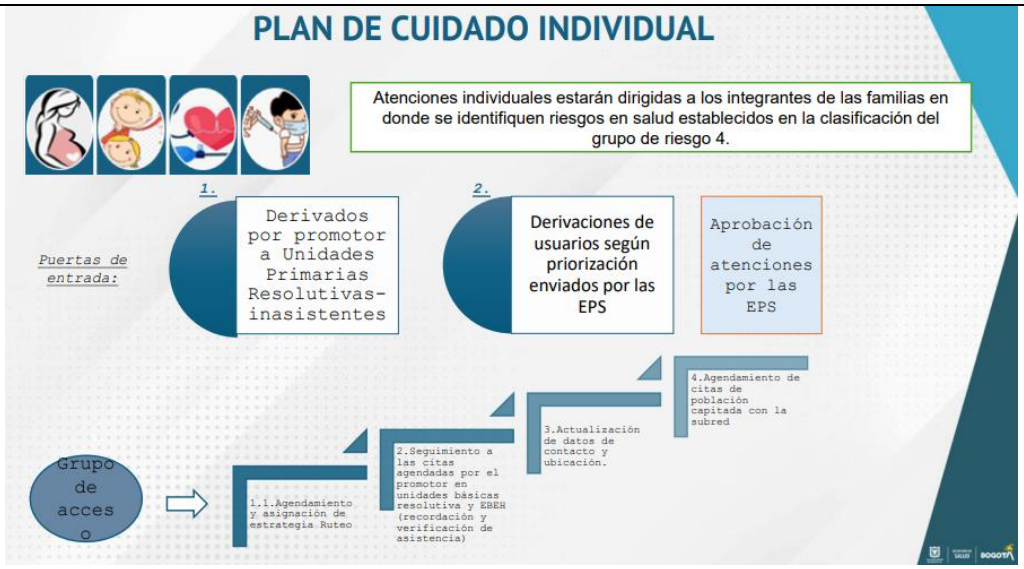
- De acuerdo con la clasificación de los integrantes de la familia, se tienen 4 tipos:
- Tipo 4: Usuario que pertenece a grupo de riesgo, sin atención de salud para su condición de riesgo.
- Tipo 3: Usuario con alteraciones en resultado de tamizajes, sin atención de salud para su condición de riesgo.
- Tipo 2: Usuario de grupo de riesgo o con factores de riesgo identificados que se encuentran vinculados a la ruta o tienen seguimiento.

- Tipo 1: Usuario sin riesgo identificado con actividades en salud acordes para el curso de vida.

Con la caracterización familiar realizada se busca establecer acciones de promoción de la salud, tanto familiares como individuales, a las cuales se les realizará seguimientos telefónicos y presenciales de acuerdo con la prioridad de la familia.



El Plan de Cuidado Familiar se centra en la concertación, implementación, seguimiento y evaluación de estrategias integrales que abordan las necesidades específicas de cada familia. Este proceso se realiza mediante la apropiación de prácticas de cuidado y la gestión de riesgos identificados en el entorno familiar. La construcción conjunta de este plan implica un compromiso tanto por parte de la familia como del equipo de salud, garantizando así que todos los involucrados estén alineados en sus objetivos. Este enfoque colaborativo no solo fortalece la relación entre los miembros de la familia y los profesionales de la salud, sino que también promueve un entorno más seguro y saludable para todos.



El Plan de Cuidado Individual se enfoca en proporcionar atenciones específicas a los integrantes de familias que presentan riesgos en salud, clasificados dentro del grupo de riesgo 4. Este plan tiene como puerta de entrada a los pacientes derivados por promotores a Unidades Primarias Resolutivas, especialmente aquellos que son inasistentes, así como a usuarios que han sido priorizados por las EPS, siempre con la debida autorización de la misma. Para facilitar la implementación de este plan, se ha establecido un grupo de acceso encargado del agendamiento y asignación de estrategias de ruteo. Además, se lleva a cabo un seguimiento de las citas programadas por el promotor en las unidades básicas resolutivas y EBEH, lo que incluye recordaciones y verificación de asistencia. Este proceso también contempla la actualización de datos de contacto y ubicación, así como el agendamiento de citas para la población captada con la subred, asegurando así una atención integral y efectiva.

MINUTA – CLAUSULADO

Se socializa el objeto de los convenios interadministrativos suscritos con la Subredes Integradas de Servicios de Salud

"Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud XX E.S.E, para realizar actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud y el modelo de atención en salud "MAS Bienestar".

- Convenio No. 7124327-2024 SRN.
- Convenio No. 7124331-2024 SRCO
- Convenio No. 7124556-2024 SRSO
- Convenio No. 7126502-2024 SRS.

Se socializan los productos a entregar por la SISS en cada uno de los desembolsos.

Se tienen 6 desembolsos, ya se han realizado 2 desembolsos a las SISS y estamos en el III desembolso:

III desembolso 7 febrero – IV desembolso 7 marzo – V desembolso 7 abril:

- Centro Oriente: por valor de $1.041.416.120 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor
- Sur Occidente: Un tercer desembolso por valor de $1.134.065.922 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor
- Sur de $1.318.710.351 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor.
- Norte: por valor de $1.391.277.199 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor.

Certificación para tramite de pago por parte de los supervisores.

Memorando a la Dirección financiera para tramite pago

VI desembolso 8 mayo

- Centro Oriente: por valor de $384.722.375 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor.
- Sur Occidente: por valor de $387.117.406 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor.
- Sur: por valor de $437.044.656 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor
- Norte: por valor de $476.394.838 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor

Certificación para tramite de pago por parte de los supervisores.

Memorando a la Dirección financiera para tramite pago.

PLAN PROGRAMATICO Y PRESUPUESTAL – PPP – INFORME DE GESTIÓN

Dentro de los compromisos específicos de la SISS se encuentra:

Entregar el plan programático y presupuestal - PPP desagregado por mes, de acuerdo con el nivel de operación definido para cada producto, dentro de los tres (3) primeros días hábiles siguientes a la legalización del convenio (Producto 2) y posteriormente los informes mensuales de gestión correspondientes a la ejecución de este, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, con la información del mes anterior (Producto 3).

Solicitar a la supervisión del convenio, en caso de necesidad y previo acuerdo entre las partes, por escrito y debidamente justificada, la reprogramación, redistribución y/o reformulación de metas de los procesos establecidos (cuando aplique).

Se socializa los 69 productos que se manejan desde los EBEH, unidad de medida, mes, valor unitario, meta programada, valor programado, meta ejecutada, valor ejecutado.

Viene con reporte de ejecución por localidad.

7. CODIGO ACTIVIDAD E... PPP Y LINEAMIENTO	PILAR DEL MODELO	CAPA	8. PRODUCTO	9. UNIDAD DE MEDI	10. NIVEL DE OPERACI...	11. VALOR UNITAR
1	Gestión Integral del Riesgo	Gestión Extramural	Avanzada para el abordaje territorial	Avance mensual al plan de acción	Subred	$ 4.658.560
2	Gestión Integral del Riesgo	Gestión Extramural	Abordaje Territorial	Familia	Subred	$ 35.836
3	Gestión Integral del Riesgo	Gestión Extramural	Abordaje Territorial en Zonas de Ruralidad Cercana	Familia	Subred	$ 44.795
4	Gestión Integral del Riesgo	Gestión Extramural	Plan de Cuidado Familiar - Cuidado y Bienestar	Sesión de abordaje familiar	Subred	$ 58.232
5	Gestión Integral del Riesgo	Gestión Extramural	Plan de Cuidado Familiar - Bienestar Emocional	Sesión de abordaje familiar	Subred	$ 58.232
6	Gestión Integral del Riesgo	Gestión Extramural	Plan de Cuidado Familiar con enfoque en Salud Mental	Sesión de abordaje familiar	Subred	$ 95.185
7	Gestión Integral del Riesgo	Gestión Extramural	Plan de Cuidado Familiar - Seguridad Alimentaria y Nutricional	Sesión de abordaje	Subred	$ 58.232

		SUBTOTALES		TOTAL VALOR EJECUTADO	CONTROL	
		$ 7.729.317.770,00		$ 1.460.678.718,40	$ 114.879,49	$ 6.268.639.051,60
MES	META PROGRAMA	VALOR PROGRAMADO	META EJECUTA	VALOR EJECUTADO	META SUBEJECUTADA	VALOR SUBEJECUTADO
A. DICIEMBRE	2,80	$ 13.043.968	1,69	$ 7.883.920	1,11	$ 5.160.048
A. DICIEMBRE	16.744,00	$ 600.037.984	3.994,00	$ 143.128.984	12750,00	$ 456.909.000
A. DICIEMBRE	134,00	$ 6.002.530	54,00	$ 2.418.930	80,00	$ 3.583.600
A. DICIEMBRE	1.220,00	$ 71.043.040	680,00	$ 39.597.760	540,00	$ 31.445.280
A. DICIEMBRE	1.361,00	$ 79.253.752	1.069,00	$ 62.250.008	292,00	$ 17.003.744
A. DICIEMBRE	130,00	$ 12.374.050	120,00	$ 11.422.200	10,00	$ 951.850
A. DICIEMBRE	89,00	$ 5.182.648	22,00	$ 1.281.104	67,00	$ 3.901.544

6.268.639.051,60	REPORTE DE EJECUCIÓN POR LOCALIDAD									
VALOR SUBEJECUTADO	USAQUEN	CHAPINERO	ENGATIVA	SUBA	BARRIOS UNIDOS	TEUSAQUILLO	SUBRED	DISTRITO	TOTAL META	OBSERVACIONES
$ 5.160.048							1,692351285		1,69235128	
$ 456.909.000	281	77	1752	1688	117	79	3994		3994	
$ 3.583.600				54			54		54	
$ 31.445.280	73	2	232	355	15	3	680		680	
$ 17.003.744	143	33	431	399	27	36	1069		1069	
$ 951.850	0	2	59	47	8	4	120		120	
$ 3.901.544	1	2	8	9	2	0	22		22	

ANEXO DE GLOSAS

Para finalizar la jornada se revisa el anexo de glosas, el cual fue realizado teniendo como base el de GSP- PSPIC.

Se revisa cada uno de los criterios de glosa:

- G1-Glosa por incumplimiento en la unidad base de costeo de los productos de equipos básicos extramurales de hogar.
- G2-Glosa por insumos y recursos.
- G3- Glosa por incumplimiento de anexo 5 lineamientos técnicos de la gestión de equipos básicos extramurales de hogar.
- G3-1 Cuando los productos no cumplen con lo descrito en los lineamientos, y el reporte de ejecución es por cumplimiento de plan de acción (cualitativo) se generará glosa del 10 % del valor total ejecutado del producto.
- G4-Glosa por archivo y custodia documental.
- G5-Glosa por presunta veracidad de soportes.
- G6-Glosa por bases de datos o aplicativos.

- G7-Glosa por bases de datos vs. Soportes en medio físico.
- G8-Glosa por planes de mejoramiento.
- G9- Glosa por inconsistencias de informe de gestión.
- G10-Glosa por ausencia de soportes.
- G11-Glosa por soportes con tachones o enmendaduras.
- G12-Glosa por base de talento humano.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Se anexa listado de asistencia				
2					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?		Observaciones (si aplica)
Si (X)	**No ()**	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES

Código:	SDS-DFO-FT-004	Versión:	1

Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Tema: Socialización Procesos y Lineamientos EBEH Fecha: Febrero 7/2025

Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 4:30pm Lugar: Casa Blanca - SDS

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alejandra Cordillo	SDS	Prof. ESP.	3134806425	magordillo@saludcapital.gov.co	Alejandra Cordillo L.
2	Adriana Pardo	SDS	Prof. Esp	3118423828	AGIPardo@saludcapital.gov.co	
3	Martha Eduvic Tumpa	SDS - EBEH	Contratista	3107871427	MEtumpa@saludcapital.gov	
4	Milena Useche Velas	SDS - SAC	Contratista	3214964980	mausache@saludcapital.gov.co	Milena Useche
5	Paola Torres Ochoa	SDS - EBEH	Contratista	3102541476	mptorres@saludcapital.gov.co	
6	ROSA HELENA GOMEZ	SDS - SAC	PROF ESPECIALIZADO	3112266692	RHGOMEZ@SALUDCAPITAL.GOV.CO	
7	Angie Dayana Correa Najar	SDS - EBEH	Contratista	3204366658	adcorrea@saludcapital.gov.co	Angie Correa Najar
8	Diana Velandia D	SDS - EBEH	Contratista	3125091916	dmvelandia@saludcapital.gov.co	
9	Karen Andrea Parrado C	SDS - EBEH	Contratista	3123837774	kaparrado@saludcapital.gov.co	
10	Gloria Inés Gallo T	SDS - EBEH	Contratista	3112661537	gigallo@saludcapital.gov.co	
11	Diana Lucia Ulloa	SDS - EBEH	Contratista	3124811701	DLulloa@saludcapital.gov.co	
12						
13						
14						
15						
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Powered by CamScanner