


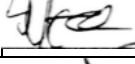
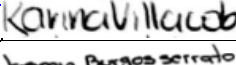
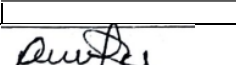
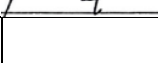


<div><div><div>SECRETARÍA DE GOBIERNO</div></div><div>EVIDENCIA DE REUNIÓN</div></div>											Código: GDI-GPD-F029 Versión: 6 Vigencia: 21 de agosto de 2024 Caso HOLA: 70103				
Objeto de la reunión:		Elaboración instrumento de para lectura de necesidades Enfoque diferencial													
Fecha:		19 de junio de 2025				Hora de inicio: 9:00 am		Modalidad:		Presencial					
Lugar:		virtual				Hora de finalización: 11 am				<input checked="" type="checkbox"/> Virtual					
										<input type="checkbox"/> Telefónica					
Dependencia:		Alcaldía Local de Ciudad Bolívar				Nombre del responsable: Angela Bernal.		<input type="checkbox"/> Mixta							
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD Y DEPENDENCIA	CARGO				TIPO DE VINCULACIÓN				CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA	
					ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA		
CC	52376605	Angela Patricia Bernal M	N/A	Planeación social			X						X	Bernalmartinezangela46@gmail.com	
CC.	1018510959	Sujey Moya Rico	N/A	Planeación social			X						X	sujeymoyar@gmail.com	
CC	118539789	Esneda Gutierrez	N/A	Planeación social			X						X	Mariaesneda2705@gmail.com	
CC	1023032440	Karina Villacob	N/A	Planeación social			X						X	kavillacobm26@gmail.com	
CC	1014206087	Jasmin Burgos	N/A	Planeación social			X						X	jasminburgosserrato@gmail.com	
CC	1020750113	Juliana Parra	N/A	Planeación social			X						X	3124197672	
<p>CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.</p>															
<p>* Ver SAC-M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg</p>															

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Siendo las 9:00 am se reúne el equipo conformado por Angela Bernal, Sujey Moya, Karina Villacop, Johana Carvajal, Esneda Gutiérrez, Juli Parra, Jazmín Burgos para llevar a cabo el instrumento de para lectura de necesidades Enfoque diferencial.

Se toma como base el instrumento elaborado hace dos meses y de acuerdo a ellos se inicia a realizar cambios permitiendo dejar en líneas gruesas:

1. Datos socio económicos
2. Concepciones familiares y comunitarias sobre salud mental
3. Redes

Se termina el instrumento con 13 preguntas que contribuirán a la revisión de necesidades de la comunidad diferencial permitiendo al proyecto proporcionar una orientación específica adaptada a su propia comunidad; siendo incluyente, disminuyendo brechas de desigualdad, reduciendo la estigma y discriminación de forma general mejorando la calidad de vida y el bienestar.

Termina la reunión sobre 11:00am

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios. NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

(12) WhatsApp

Conoce a qom-sbcq-ovn

+

meet.google.com/qom-sbcq-ovn

🔍

☆

a

⋮

Sujey Moya R (Presentando)

111. INSTRUMENTO PARA LECTURA DE NECESIDADES CON ENFOQUE DE

Preferencias

Respuestas

Configuración

☐ PSICUATRIA

☐ ORIENTACION

☐ TRABAJO SOCIAL

☐ TERAPIA SOCIOFAMILIAR

☐ URGENCIAS PSICUATRICAS

☐ CENTROS DE SALUD MENTAL

☐ HOSPITAL DIA

☐ OTRO

☐ Agregar una opción o eliminar "Otro"

X

X

X

X

X

X

X

X

🔍

📄

Tr

📄

📄

angela Bernal martinez

+6

angela Bernal mar... (You)

🔊

⋮

esneda Gutierrez Pinto

🔊

⋮

jasmin burgos serrato

🔊

⋮

Johalexa carvajal

🔊

⋮

Juli Parra

🔊

⋮

Karina Andrea Villacob ...

🔊

⋮

Sujey Moya R

Meeting host

🔊

⋮

9:43 SOY | Detalles de la reunión

⬆

🔊

⬆

📺

😊

🖥

👋

⋮

📞

🔍

8

ⓘ

👤

💬

⋮

2

16°C

Parc. soleado

🪟

🔍

Buscar

🌐

📁

📅

📁

📧

📄

📄

📄

📄

⬆

🔊

ESP

LAA

📶

🔊

🔋

9:43 a. m.

19/06/2025

(13) WhatsApp

Conoce a qom-sbcq-ovn

meet.google.com/qom-sbcq-ovn

meet.google.com/qom-sbcq-ovn

angela Bernal martinez

111. INSTRUMENTO PARA LECTURA DE NECESIDADES CON ENFOQUE DE

Violencia verbal

Abuso de consumo de alcohol

Consumo de sustancias psicoactivas

Discriminación

DESPLAZAMIENTO

Agregar una opción a: "Agregar Opciones"

¿Algún miembro de la familia padece una enfermedad terminal?

Spanish (Spa...)

esneda Gutierrez Pinto

You

Puedes generalmente lo que expresan o manifiestan es p...

armado?

10:10 SOY | Detalles de la reunión

Microphone

Video

Screen

Chat

More

End

8

People

angela Bernal mar... (You)

esneda Gutierrez Pinto

jasmin burgos serrato

Johalexa carvajal

Juli Parra

Karina Andrea Villacob ...

Sujej Moya R Meeting host

2

Buscar

Taskbar icons

ESP LAA

10:10 a. m. 19/06/2025

INSTRUMENTO PARA LECTURA DE NECESIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE SALUD MENTAL DE PROPUESTA EN LA INICIATIVA 39886 DE PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Autoriza el tratamiento de sus datos según la Ley 1581 de 2012 “Ley Estatutaria * de Protección de Datos Personales en Colombia. Esta ley establece las disposiciones generales para la protección de los datos personales, reconociendo el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recolectado sobre ellas en bases de datos”

Marca solo un óvalo.

☐ SI

☐ NO

2. **NOMBRES Y APELLIDOS (JURÍDICO O LEGAL) ***

3. **TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN ***

4. **EDAD ***

5. **GENERO ***

Marca solo un óvalo.

☐ FEMENINO

☐ MASCULINO

6. **NIVEL DE ESTUDIOS ***

7. **OCUPACIÓN ***

8. **REGIMEN DE SALUD ***

RÉGIMEN DE SALUD

Marca solo un óvalo.

☐ CONTRIBUTIVO

☐ SUBSIDIADO

☐ ESPECIAL

☐ NO AFILIADO

9. **BARRIO ***

10. **ZONA ***

Marca solo un óvalo.

☐ RURAL

☐ URBANO

11. PERTENENCIA ÉTNICA *

Marca solo un óvalo.

- ☐ INDÍGENA
- ☐ ROOM
- ☐ RAIZAL
- ☐ AFROCOLOMBIANO
- ☐ PALANQUERO/A
- ☐ CAMPESINO
- ☐ NINGUNA
- ☐ Otros: _____

12. TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD *

Marca solo un óvalo.

- ☐ SI
- ☐ NO

13.

*

PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACIÓN SOCIAL O JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL

14. ¿HACE CUÁNTO VIVE EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ MENOS DE UN AÑO
- ☐ 1 - 5 AÑOS
- ☐ 6 - 10 AÑOS
- ☐ MÁS DE 10 AÑOS

15. **¿HA ACCEDIDO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS? (MARQUE *
LOS QUE APLIQUEN)**

Marca solo un óvalo.

- ☐ CENTROS DE SALUD MENTAL
- ☐ HOSPITAL DÍA
- ☐ ORIENTACIÓN
- ☐ PSICOLOGÍA
- ☐ PSIQUIATRÍA
- ☐ TRABAJO SOCIAL
- ☐ TERAPIA OCUPACIONAL
- ☐ URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
- ☐ NINGUNA
- ☐ Otros: _____

16. **¿A QUIÉN ACUDE CUANDO TIENE UNA CRISIS EMOCIONAL? (MARQUE
LOS QUE APLIQUEN)**

Marca solo un óvalo.

- ☐ AMIGOS
- ☐ ANCESTROS
- ☐ CENTROS EDUCATIVOS
- ☐ FAMILIARES
- ☐ IGLESIA/ GUÍA ESPIRITUAL
- ☐ INSTITUCIONES DE SALUD
- ☐ MAYORAS Y MAYORES
- ☐ MEDICINA ANCESTRAL

17. EN QUE LUGARES BUSCA APOYO O DISTRACCIÓN *

Marca solo un óvalo.

- ☐ BARES
- ☐ CONCEJO LOCAL DE COMUNIDADES AFRODECENDIENTES
- ☐ ENCUENTROS ANCESTRALES
- ☐ ESPACIOS DEPORTIVOS O CULTURALES
- ☐ FAMILIA
- ☐ IGLESIA
- ☐ ZONAS VERDES
- ☐ Otros: _____

18. FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL (MARQUE LOS QUE APLIQUEN) *

Marca solo un óvalo.

- ☐ CONSUMO DE SUSTANCIAS
- ☐ DESPLAZAMIENTO
- ☐ DUELO RECIENTE
- ☐ FALTA DE EDUCACIÓN Y EMPLEO
- ☐ PÉRDIDA DE EMPLEO
- ☐ PROBLEMAS LEGALES
- ☐ VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
- ☐ Otros: _____

19. **¿USTED HA PRESENTADO PROBLEMAS DE SALUD MENTAL? (MARQUE *
LOS QUE APLIQUEN)**

Marca solo un óvalo.

- ☐ ANSIEDAD
- ☐ CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIA
- ☐ DEMENCIA / ALZHEIMER
- ☐ DEPRESIÓN
- ☐ ESQUIZOFRENIA U OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS
- ☐ ESTRÉS CRÓNICO
- ☐ INTENTOS DE SUICIDIO O PENSAMIENTOS SUICIDAS
- ☐ TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
- ☐ TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)
- ☐ NINGUNA
- ☐ Otros: _____

20. **¿CUÁLES DE ESTAS SITUACIONES SE HAN PRESENTADO EN SU GRUPO FAMILIAR? ***

Marca solo un óvalo.

- ☐ ABUSO DE CONSUMO DE ALCOHOL
- ☐ CONSUMO DE SPA
- ☐ DESPLAZAMIENTO
- ☐ DISCRIMINACIÓN
- ☐ VIOLENCIA DE GÉNERO
- ☐ VIOLENCIA ECONÓMICA
- ☐ VIOLENCIA FÍSICA
- ☐ VIOLENCIA PSICOLÓGICA
- ☐ VIOLENCIA SEXUAL
- ☐ VIOLENCIA VERBAL
- ☐ NINGUNA
- ☐ Otros: _____

21. **¿USTED CONOCE INSTITUCIONES QUE APOYEN LA SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD?** *

Marca solo un óvalo.

☐ SI

☐ NO

22. **¿QUÉ BARRERAS ENFRENTA PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD MENTAL? (SELECCIÓN MÚLTIPLE)** *

Marca solo un óvalo.

☐ DESCONOCIMIENTO (FALTA DE INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS)

☐ FALTA DE DINERO

☐ FALTA DE TRANSPORTE

☐ POR CREENCIAS (MITOS EXISTENTES, COSTUMBRES, JUICIOS, VALORES)

☐ POR FALTA DE OFERTA INSTITUCIONAL O PORTABILIDAD DE EPS

☐ NO LE INTERESA

☐ VERGÜENZA, MIEDO O ESTIGMATIZACIÓN

☐ Otros: _____

23. **¿CUÁLES SON LAS TRADICIONES O COSTUMBRES DE SU COMUNIDAD PARA CUIDAR SU SALUD MENTAL?** *

24. **¿QUÉ SABERES ANCESTRALES EXISTEN O SE PRACTICAN EN SU COMUNIDAD?**

*

Marca solo un óvalo.

- ☐ ARTESANÍA (TEJIDOS, MADERA, ETC.)
- ☐ BEBIDAS Y SUSTANCIAS ANCESTRALES
- ☐ CULTIVOS Y AGRICULTURA ANCESTRAL
- ☐ ESPIRITUALIDAD O PRÁCTICAS RITUALES
- ☐ MEDICINA TRADICIONAL
- ☐ MÚSICA, CANTOS O DANZAS TRADICIONALES
- ☐ NARRACIÓN ORAL (CUENTOS, LEYENDAS)
- ☐ PARTERÍA
- ☐ PREPARACIÓN DE ALIMENTOS TRADICIONALES
- ☐ NINGUNA
- ☐ Otros: _____

25. **¿QUIÉNES SON LOS PRINCIPALES PORTADORES DE SABERES Y CUIDADORES EN SALUD MENTAL EN SU COMUNIDAD?**

*

Marca solo un óvalo.

- ☐ ABUELOS/AS
- ☐ PARTERAS/OS
- ☐ CURANDEROS/AS
- ☐ SABEDORES ESPIRITUALES
- ☐ Otros: _____

26. **¿QUÉ ESTRATEGIAS HA UTILIZADO SU COMUNIDAD FRENTE A LA VIOLENCIA Y/O DESPLAZAMIENTO?**

*

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

