Lugar	Centro Cuidado Transitorio Villa Kennedy
Fecha	26/07/2025 1:00 PM 2:00 PM
Tema	Socialización Anexos Técnicos Transitorio.
Desarrollo	Siendo la 1:00 p.m. Se da la bienvenida a la Socialización con Katherine Medina Auxiliar de Enfermería y Diana Gutiérrez Facilitadora del servicio Transitorio en Villa Kennedy. Se le informa que esta Socialización tiene el objetivo de socializar los anexos técnicos de Transitorio. Por medio del envio de WhatsApp días previos a la socialización se les explica: **Objetivo General** del Anexo Técnico Brindar orientaciones técnicas, metodológicas y conceptuales referente a la atención a personas mayores de 60 años en adelante, a través del Servicio de Cuidado Transitorio Día-Noche, relacionado con el componente de Gestión Administrativa y Desarrollo Humano en virtud de lo establecido en el Artículo 25º del Decreto 607 de 2007 y sus modificaciones, en su literal c) indica: “Establecer los métodos y procedimientos para verificar y evaluar la operación de los programas, proyectos y servicios de su área en el marco de los lineamientos políticas, enfoques, estrategias, procesos y procedimientos definidos por la entidad para la atención de el-los grupos poblacionales a su cargo” Definición del servicio El Servicio Cuidado Transitorio Día-Noche busca brindar atención integral transitoria a personas mayores de sesenta (60) años o más en riesgo de habitar calle o habitantes de calle, en jornada diurna y nocturna, para promover el restablecimiento de derechos, la transformación de imaginarios y prácticas adversas a la vejez, la dignidad humana y el envejecimiento activo, por medio de acciones de autocuidado, mantenimiento de capacidades y ocupación humana. Este Servicio se dirige a personas mayores que se encuentran en riesgo o situación de habitabilidad en calle, por medio de la cual se promueven acciones de autocuidado y dignificación, minimizando los riesgos y daños asociados a la vida en calle y brinda los siguientes beneficios: • Componente alimentario con calidad y oportunidad. • Aseo personal. • Acompañamiento interdisciplinario. • Promoción de buenas prácticas y hábitos saludables. • Orientación y referenciación a ofertas de servicios sociales. • Activación de rutas en caso de vulneración de derechos. • Participación en procesos ocupacionales y de desarrollo humano. • Alojamiento confortable y seguro. Adicional a lo anterior, el asociado debe dar cumplimiento a las condiciones técnicas generales del Servicio establecidos en los cuatro (4) Anexos Técnicos del presente proceso, y que desarrollan los siguientes componentes: • Componente de Atención para el Desarrollo Humano. • Componente de Nutrición y Salubridad. • Componente de Ambientes Adecuados y Seguros. • Componente de Gestión Administrativa.

Criterios de ingreso

• Persona mayor de sesenta (60) años o más en riesgo de habitar calle o habitantes
de calle.

• Persona que no tengan dependencia severa, grave o total, o que requieran unidad de cuidado crónico, procedimientos invasivos o unidad de salud mental. Por otra parte, los criterios de priorización están establecidos en el portafolio de servicios de la Resolución 0218 del 8 de febrero del 2023 y aparecen no ordenados, es decir: “en el que ningún criterio de priorización esta precedido por un número indicando el orden de dichos criterios, se asume que todos los criterios tienen el mismo peso relativo, por lo cual se procede a priorizar a los individuos según la cantidad de criterios de priorización que estos cumplen sin hacer ningún ordenamiento”(SDIS, AÑO 2023, p.1)32.

En vista de que este tipo de no es de criterios ordenados esto puede generar grupos de individuos dentro de cada grupo o subgrupo de priorización, desde el equipo técnico del Servicio se informará debidamente al centro de Cuidado Transitorio acerca del proceso de ordenación, ponderación o el que se considere necesario para determinar el orden de ingreso. Lo anterior, siempre respetando los criterios de priorización establecidos en el Portafolio de Servicios actual de la SDIS de la Resolución anteriormente mencionada o la
que haga sus veces, los cuales se enuncian a continuación:

• Persona víctima de hechos violentos asociados con el conflicto armado, residente
en la ciudad de Bogotá y de acuerdo con las directrices establecidas en la Ley 2421
de 2024 y los Decretos Nacionales 4633, 4634 y 4635 de 2011 y la Ley 2078/21, incluida en el Registro Único de Víctimas – RUV.

• Persona Indígena o Rrom Gitana registrada en los listados oficiales avalados por
entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente. Censos oficiales de comunidades étnicas: Indígena Cabildos reconocidos en la ciudad de Bogotá 2021 Entrega única Ministerio del Interior.

• Persona Afrocolombiana, registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente.

• Persona Raizal registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente.

• Persona Palenquera registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente.

• Persona Indígena, registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente

• Persona Rrom o Gitana registrada en los listados oficiales avalados por entidad

gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente
• Persona mayor con discapacidad, y certificado de discapacidad emitido por la autoridad competente, que registre en el nivel de desempeño en los dominios de movilidad, cuidado personal y actividades de la vida diaria, es igual o superior a 50 puntos, en el marco de lo dispuesto en la Resolución 1239 de 2022 del Ministerio
de Salud y Protección Social.
• Persona perteneciente a los sectores sociales LGBTI.
• Persona mayor de setenta y cinco (75) años o mas
• Persona que se identifique como mujer.
• Persona que vive en soluciones habitacionales temporales “paga diarios”

Búsqueda activa

Si en el marco de los horarios de ingreso no se logra completar la cobertura del Centro, el equipo de trabajo de la unidad operativa deberá realizar recorridos diarios de acercamiento y motivación en el territorio del entorno y localidades cercanas en donde está ubicado el Centro de Cuidado Transitorio Día-Noche, con el fin de ofertar el servicio y poder brindar atención individualizada a las personas mayores habitantes de calle o en riesgo de estarlo.
Dicho proceso deberá cumplir con el principio de calidez, que permita conocer a la persona, su nombre, las situaciones que vive, sus necesidades y capacidades. Todo lo anterior, como estrategia para cumplir con la cobertura del servicio, cuando ésta no se complete en la jornada día y noche. En este sentido, el Centro podrá recibir a personas mayores fuera del horario señalado para la atención priorizando potenciales beneficiarios nuevos, contando con el visto bueno de la supervisión del convenio.

Bienvenida
De acuerdo con el Lineamiento del Servicio de Cuidado Transitorio Día-Noche (SDIS, 2023), en el momento de la bienvenida se debe brindar un espacio inicial de acercamiento con las personas mayores de manera grupal, posterior al proceso de priorización. En dicho momento, se debe incluir una bienvenida cálida a la persona mayor cuando ingresa al Centro, se le explica la misionalidad de la SDIS, los objetivos de la atención en el Servicio de Cuidado Transitorio, los criterios de ingreso, priorización, simultaneidad y egreso. De
igual forma, se informa sobre los beneficios que reciben durante la jornada de atención, y se socializa el Pacto para la Convivencia establecido para el Centro de atención, haciendo énfasis en que su incumplimiento puede generar el egreso del Servicio. Para este momento el asociado podrá usar las herramientas tecnológicas disponibles (televisores, video beam, diapositivas, videos) para lograr un proceso adecuado para la persona mayor.
Asimismo, en el momento de la bienvenida se debe informar a la persona mayor que el ingreso no se puede realizar bajo los efectos del consumo de sustancias Psicoactivas (SPA) y/o bebidas alcohólicas. Se indica, también, que no está permitido ingresar con armas u otros elementos que puedan ser usados para lesionarse a sí mismos o a las demás personas mayores y/o al talento humano del centro de atención.
Además, se le informará que sus pertenencias deberán ser almacenadas en un casillero asignado por el Centro, razón por la cual no deben sobrepasar la

capacidad de estos. Si se presentan alguna de estas situaciones, el equipo profesional deberá indicarle a la persona mayor que puede solicitar nuevamente el servicio, una vez se cumplan con las condiciones determinadas para el ingreso al mismo.

Plan de Atención Institucional – PAI

Como se mencionó con anterioridad la herramienta de Planeación de Atención Institucional, que contiene las acciones concretas para el fortalecimiento de capacidades y el proyecto de vida de las personas mayores atendidas en el servicio, se orienta bajo los componentes del Modelo de Atención Integral para las Personas Mayores (MAIPM) reconociendo desde un enfoque diferencial las diferentes necesidades, intereses, capacidades y gustos de las personas mayores y enfatizando en la importancia de identificar, recuperar, activar y consolidar redes de apoyo familiar, social e institucional.

El asociado debe elaborar el Plan de Atención Institucional – PAI teniendo en cuenta el Instructivo para la elaboración y aprobación del Plan de Atención Institucional (PAI) INS- PSS-088, el cual debe contemplar acciones interdisciplinarias donde desarrollen los componentes de la atención y sus líneas, según lo establecido en el Lineamiento del Servicio Cuidado Transitorio Día-Noche LIN-PSS-028 (SDIS, 2023).

El Plan de Atención Institucional (PAI) debe ser elaborado de manera conjunta con las personas mayores en mesas de trabajo que garanticen una metodología participativa y que permita llegar a consensos sobre las actividades propuestas, dejando evidencias de esta actividad por medio del Formato Ayuda de Memoria FOR-GD-040 y Formato Planilla de asistencia FOR-GD-023.

El Plan de Atención Institucional (PAI) deberá elaborarse en el Formato Plan de atención institucional (PAI), servicio cuidado transitorio día - noche FOR-PSS-420 y enviarse por correo electrónico al supervisor del convenio con copia al equipo técnico del servicio dentro del primer mes de ejecución, tras la firma del acta de inicio. Durante este mismo período, el equipo técnico del Servicio de Cuidado Transitorio se encargará de su revisión y aprobación dejando evidencia en el Formato Ayuda de Memoria FOR-GD-040. Mientras se da la aprobación del PAI, el asociado debe garantizar la realización de actividades en el marco de los componentes y líneas de atención, para lo cual, presentará un cronograma de actividades desde el inicio del convenio (por un mes) que dé cuenta de las acciones a realizar. El cumplimiento de éste será verificado por la supervisión del convenio.

COMPONENTES DE ATENCION LINEAS DE ATENCION

1. Derechos y ejercicio de ciudadanía
1.1 Promoción, reconocimiento y ejercicio de derechos.
1.2 Activación de rutas.
1.3 Espiritualidad.
1.4 Fortalecimiento de la autonomía.
1.5 Entornos amigables y saludables

2. Ocupación Humana
2.1 Movilizando habilidades, capacidades y potencialidades.

3. Estilos de vida saludables
3.1 Transformación de imaginarios.
3.2 Buenas prácticas del envejecimiento

4. Participación y redes
4.1 Participación
4.2 Identificación y Fortalecimiento de Redes Familiares
4.3 Identificación y Fortalecimiento de Redes institucionales
4.4 Identificación y Fortalecimiento de Redes Sociales y Comunitarias

Para finalizar se socializan las responsabilidades que tiene cada persona según sus funciones en el anexo técnico.

2. Se socializa el Componente De Nutrición Y Salubridad

COMPONENTE NUTRICIÓN Y SALUBRIDAD: El componente de nutrición y salubridad comprende los siguientes subcomponentes:
- Subcomponente suministro alimentario.
- Subcomponente vigilancia nutricional.
- Subcomponente promoción de estilos de vida saludable.
- Subcomponente salubridad.

Se les explica minuta, aporte nutricional, Ciclo de menús. Toma de registro de medidas antropométricas. Nos enfocamos en el Subcomponente de promoción en Estilos de Vida Saludable: promoción de prácticas de Alimentación, Nutrición y Actividad Física involucrando estas actividades en el PAI.

3. COMPONENTE AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS GESTIÓN AMBIENTAL, DOTACIÓN Y SEGURIDAD

Este anexo se basa En Los servicios integrales envuelven un conjunto de actividades las cuales se desarrollan desde la obtención de los productos, la gestión de los espacios como cocinas, almacenes, lavanderías, zonas de

manejo de residuos, zonas de almacenaje de insumos de aseo, por lo cual se convierte en un proceso complejo, el cual puede mejorar desde el punto de vista medioambiental.

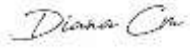
1. El componente de gestión ambiental, "parte del sistema de gestión usada para gestionar aspectos
ambientales, cumplir los requisitos legales y otros requisitos, además abordar los riesgos y oportunidades."

Se apoya básicamente en una serie de principios, de los que hay que destacar los Siguientes.

– Optimización del uso de los recursos
– Prevención de los impactos ambientales
– Control de la capacidad de absorción del medio de los impactos, es decir el control
de la resistencia del sistema.
– Ordenación del territorio

Siendo AUXILIAR DE ENFERMERIA Se le explican las responsabilidades según anexo técnico.

1.Conocer y apropiar la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez - PPSEV, el Lineamiento Técnico y todos aquellos documentos relacionados que socialice el equipo técnico de la Subdirección para la Vejez y/o el supervisor del convenio.
2. Participar en las acciones de focalización e identificación de personas mayores que permitan el ingreso al Servicio de Cuidado Transitorio de atención de acuerdo con los criterios de focalización, ingreso, egreso, priorización y restricciones, dando cumplimiento a la cobertura mensual establecida.
3. Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del Plan de Atención Institucional - PAI.
4. Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática, permanente los documentos técnicos del Servicio de Cuidado Transitorio
5. Realizar orientación, apoyo y seguimiento a las personas mayores en los trámites relacionados con el aseguramiento en salud, propendiendo por la garantía de la atención integral, y de ser posible, en articulación con las redes de apoyo de las personas mayores.
6. Aportar en la generación de conocimiento y capacitación del equipo profesional Frente a temas relacionados con el envejecimiento, vejez, promoción de la salud y prevención de la enfermedad que contribuyan a la generación de documentos conceptuales, metodológicos y de mejoramiento continuo del servicio.
7. Registrar las actividades adelantadas ante un evento adverso o crisis que ponga en riesgo la salud de los participantes siguiendo los protocolos de atención Establecidos.
8. Apoyar oportunamente la articulación con el sector salud, orientada a generar mecanismos de prevención de situaciones de riesgo dadas por condiciones asociadas a la salud física o mental de alguno de los participantes; asimismo, realizar las gestiones pertinentes de solicitud de citas médicas con especialista que ayuden a contener, prevenir y atender situaciones o complejidades de salud mental y otros signos, síntomas, diagnósticos de enfermedad o afectación física.
9. Realizar cuando se requiera trámites relacionados con hospitalización, interconsulta y medicamentos, para garantizar la atención en salud de las Personas Mayores que lo requieran.
10. Informar acerca de la importancia de la toma de medicamentos en los tiempos y dosis establecidas según criterio médico y recordar que la misma será responsabilidad de la persona mayor.
11. Coordinar y acompañar los trámites de salud de las Personas Mayores ante la red pública y EPS-S en los casos que se requiera.
12. Apoyar las contingencias y emergencias de salud pública del Distrito Capital, de acuerdo con la normatividad, los lineamientos y protocolos establecidos por la administración Distrital y el Gobierno Nacional, en el marco del convenio de asociación.
13. Las demás inherentes a su rol.

Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	Marcela Acosta Pulido 	*Coordinadora*	*Centro de Cuidado Transitorio Villa Kennedy*
	Katherine Medina 	Auxiliar de enfermería	*Centro de Cuidado Transitorio Villa Kennedy*
	Diana Gutiérrez 	Facilitadora	*Centro de Cuidado Transitorio Villa Kennedy*
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	Socializar el Anexo Técnico cada vez que ingrese alguien del talento humano nuevo.	Coordinadora	Durante el convenio
Próxima reunión	No Aplica		
Elaboró	Marcela Acosta Pulido / Coordinadora / Centro Cuidado Transitorio Villa Kennedy		