Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 1 de 110

1. Objeto del convenio 3
1.1. Objetivos del servicio de atención sociosanitaria transitoria 3
1.1.1. Objetivo general del servicio de atención sociosanitaria transitoria 3
1.1.2. Objetivos específicos del servicio de atención sociosanitaria transitoria 3
2. Marco de Referencia 3
2.1. Marco Conceptual 3
2.2. Marco Normativo 14
- Internacional 14
- Nacional 16
- Distrital 18
2.3. Enfoques de atención 18
2.3.1. Enfoque de atención centrado en la persona (ACP) 18
2.3.2. Enfoque de atención integrada para las personas mayores (ICOPE) 19
3. Descripción del servicio de atención sociosanitaria transitoria 20
4. Ingreso al servicio 22
5. Permanencia en el servicio 23
5.1. Atención Sociosanitaria Transitoria 24
5.1.1. Plan de Acompañamiento Individual 24
5.1.2. Ejes y líneas de atención del servicio de atención sociosanitaria transitoria 25
5.1.2.1. Eje Acciones cotidianas 26
1) Línea de atención fortalecimiento del autocuidado: 26
2) Línea de atención rutinas diarias adaptadas: 31
3) Línea de atención recuperación y mantenimiento: 33
5.1.2.2. Eje Prácticas de Cuidado 36
1) Línea de atención promoción, seguimiento y cuidado de la salud 37
2) Línea de atención mantenimiento de la salud 42
3) Línea de atención bienestar individual y colectivo 47
5.1.2.3. Eje tránsitos acompañados 49
1) Línea de acompañamiento psicogerontológico 52
2) Línea resignificación y fortalecimiento relacional 54

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 2 de 110

3) Línea elaboración y gestión de planes de egreso individualizados 56
7. Ambientes Adecuados y Seguros 60
8. Gestión Administrativa 61
8.1 Aspectos previos a tener cuenta 61
8.2 Desarrollo Organizacional 62
8.3 Identidad Organizacional 62
8.4 Organización Institucional 62
8.5 Requisitos de mejoramiento continuo 62
9. Talento Humano 63
9.1. Gestión del Talento Humano 64
9.2. Condiciones Generales del Componente de Talento Humano. 64
9.3 Organización del talento humano 67
9.4 Roles y actividades del Talento Humano para la prestación del Servicio 69
10. Gestión documental 95
10.1 Área Gestión Documental 96
11. Coordinación de acciones Transectorial e Intrainstitucional 101
12. Servicios 102
12.1. Servicio de Transporte 102
12.2. Características del transporte 103
12.3. Servicio funerario 104
12.4. Servicios públicos y conectividad 104
12.5. Servicios de vigilancia 105
13. Informes Requeridos 105

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 3 de 110

1. Objeto del convenio

Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) – (Fondo Financiero Distrital de Salud - FFDS) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) para la implementación del Sistema Sociosanitario, garantizando la articulación de los servicios del sector salud y el sector social dirigidos a la población en abandono social y población vulnerable, entendiendo como vulnerables aquellos que se encuentran en pobreza, en condiciones de fragilidad social o cualquiera de las formas extremas de exclusión en Bogotá.

1.1. Objetivos del servicio de atención sociosanitaria transitoria

1.1.1. Objetivo general del servicio de atención sociosanitaria transitoria

Brindar atención transitoria a personas mayores de sesenta (60) años o más, en situación de abandono hospitalario, social y modalidades, promoviendo la recuperación y fortalecimiento de su independencia y autonomía para las actividades de la vida diaria (AVD), el acceso a ofertas interinstitucionales y la reorientación de su proyecto de vida; esto se logrará a través de la implementación de rutinas diarias adaptadas, el fortalecimiento de la dimensión relacional, la formulación de proyectos de vida, la identificación y reactivación de redes sociales, la elaboración de planes de egreso individualizados, y el acompañamiento integral que facilite su transición hacia un nuevo ámbito de vida, en el marco de la gestión de casos del sistema sociosanitario.

1.1.2. Objetivos específicos del servicio de atención sociosanitaria transitoria

- Promover la recuperación y mantenimiento de la autonomía e independencia de los participantes del servicio, mediante la implementación de rutinas diarias adaptadas y el apoyo en las actividades de la vida cotidiana.
- Impulsar prácticas de cuidado protector y de mantenimiento de la salud física y el bienestar emocional de los participantes, a través de actividades tanto individuales como colectivas.
- Fomentar la resignificación del abandono y el fortalecimiento de la dimensión relacional, mediante la formulación de un proyecto de vida, la identificación y reactivación de redes sociales, la elaboración de un plan de egreso individualizado, y un acompañamiento integral que facilite la transición hacia un nuevo ámbito de vida.

2. Marco de Referencia

2.1. Marco Conceptual

- Abandono: la falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física,

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 4 de 110

psíquica o moral.[1] Así, el abandono se vería expresado concretamente en el *"[...] rechazo o negativa para iniciar, continuar o completar el apoyo a los cuidados de una persona mayor, ya sea de manera voluntaria o involuntariamente, por parte de quien es responsable de brindarlos".* El abandono tiene una connotación de tipo temporal, de magnitud o prolongación, distinguiéndose las siguientes modalidades:

- "Abandono Transitorio: desatención temporal durante períodos acotados de tiempo como lo son las vacaciones.
- Abandono Invisible: la persona mayor vive en un entorno familiar aparentemente activo, pero en el cual igualmente carece de atención y cuidado adecuados. Puede devenir en sentimientos de invisibilidad, soledad y deterioro del bienestar general.
- Abandono Voluntario: las personas mayores expresan el deseo de retirarse a un hogar geriátrico, tras lo cual puede subyacer una respuesta a la soledad y la necesidad de compañía.
- Abandono Permanente: se da cuando la persona mayor es dejada en un asilo u otra institución y es poco o incluso nada visitado. La calidad de vida en el asilo depende de la vinculación de la familia"[2].

En el documento técnico de recomendaciones en materia de respuesta a la exclusión y abandono de personas mayores en Bogotá (2023), se cita a Hernández et al. (2011) en el que se hace referencia a una tipología de abandono que se da en el marco de la institucionalización, este puede ser total, parcial y físico, como se describe a continuación:

- "Abandono Total: este tipo de abandono supone que las personas mayores no tienen quien los cuide y cubra sus necesidades básicas, viéndose obligados a depender de la sociedad que les proporciona caridad, por medio de limosnas y dádivas.
- Abandono Parcial: el abandono parcial, es más evidente en aquellas familias en donde existen los recursos económicos para pagar un hogar privado, en donde aportan un monto relativo y la persona mayor queda prácticamente internado en dicho lugar, lo cual con el tiempo conlleva a que la relación y contacto entre la familia y la persona mayor se vea cada vez más lejana, porque en la mayoría de los casos los familiares visitan ocasionalmente a su familiar, sintiéndose la persona mayor cada vez más sola.
- Abandono Físico: este tipo de abandono se evidencia principalmente en los familiares que exclusivamente pagan el cuidado de la persona mayor, pero olvidan por completo a su familiar, desatendiéndolo físicamente. Este último tipo de abandono permite dar cuenta que no necesariamente la institucionalización de la persona mayor implica un abandono absoluto."[3]

---

[1] Ley 2055 de 2020 "Por medio de la cual se aprueba la ''Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Personas Mayores'' adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015", art. 2.
[2] Documento Técnico de recomendaciones en materia de respuesta a la exclusión y abandono de personas mayores en Bogotá. Facilidad sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. *Agence française de développement* (AFD); *Expertise France Groupe* AFD; Banco Interamericano de desarrollo (BID). Pág. 14; noviembre 2023.
[3] Ibíd.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 5 de 110

- Abandono Social: se configura como una forma de exclusión en la que una persona mayor, carece de vínculos familiares, comunitarios o institucionales efectivos que le permitan satisfacer de forma integral sus necesidades físicas, afectivas, económicas y sociales. Esta situación implica una afectación directa al ejercicio de derechos y representa una vulneración tanto en términos de bienestar como de dignidad. Según la *Tipología de abandono de personas mayores en Bogotá* (IDES–SDIS, 2024)[4], este tipo de abandono se expresa en la falta de atención o presencia del Estado y de las redes sociales inmediatas, y puede manifestarse como aislamiento social, invisibilidad, falta de acompañamiento o negligencia persistente. En la práctica, el abandono social puede encontrarse asociado a múltiples factores como pobreza, pérdida de autonomía, fragilidad, estigmatización, edadismo, y ausencia de políticas públicas articuladas, y es identificado como una dimensión transversal a otras formas de abandono como el físico, emocional o financiero.

  Además, las personas mayores que enfrentan el abandono social por parte de sus redes familiares deben afrontar, simultáneamente, las propias dificultades del envejecimiento, las cuales se agudizan en contextos como la habitabilidad en calle, el riesgo de estarlo, o la permanencia en alojamientos temporales como los paga-diarios, así como en esquemas de atención institucional de corta duración. A ello se suman otras afectaciones, como las identificadas por Espinoza Folleco: alteraciones emocionales, sentimientos profundos de soledad, dificultades de afrontamiento y otras condiciones que ponen en riesgo su salud mental[5]. Una persona mayor en situación de abandono social enfrenta una realidad de extrema fragilidad, marcada por la incertidumbre y la deshumanización, expresada en “la ansiedad, la depresión, la desesperanza, el aislamiento, el temor, la tristeza, entre otros” [6].

  Se trata, sin duda, de una forma marcada y extrema de exclusión que atenta directamente contra la persona mayor, reconocida como sujeto de especial protección según el Artículo 46 de la Constitución Política de Colombia. El abandono social de las personas mayores se configura como una forma de maltrato que vulnera su dignidad y sus derechos fundamentales, y ha sido reconocido jurídicamente en Colombia mediante la Ley 1850 de 2017. Esta ley, orientada a prevenir, sancionar y erradicar toda forma de maltrato contra esta población, establece que “el que someta a condición de abandono y descuido a una persona mayor, genere afectación en sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud, incurrirá en prisión de 4 a 8 años y en multa de 1 a 5 salarios mínimos legales mensuales vigentes”.

- Abandono Hospitalario: se refiere a los casos en los que una persona mayor, habiendo sido dada de alta médicamente, permanece de manera innecesaria en

[4] Secretaría Distrital de Integración Social – IDES. (2024). *Tipología de abandono de personas mayores en Bogotá*. Bogotá: IDES–SDIS.
[5] Espinoza Folleco, María Gabriela (2018). Efectos emocionales del abandono familiar en los adultos mayores: Hogar “Días Felices. Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 74 p. Pág. 5.
[6] Novelo Berzunza, C. B., Gómez Vázquez, J. M., & Poot Pool, S. A. (2017). *Retos de la persona mayor sobre la situación de abandono en Campeche*. Universidad Autónoma de Campeche.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 6 de 110

una institución hospitalaria debido a la ausencia de redes familiares o comunitarias que le permitan un egreso seguro y una atención adecuada fuera del entorno clínico. Esta forma de abandono tiene como consecuencia no solo la ocupación de camas hospitalarias, sino también la profundización del aislamiento, la exposición a institucionalización prolongada y el incremento del deterioro físico y mental de la persona. El abandono hospitalario refleja fallas tanto del sistema familiar como institucional, y representa una forma de abandono estructural en la que se compromete la vida, la autonomía y la dignidad de las personas mayores.

Además, el abandono hospitalario conlleva una dimensión adicional al hecho mismo del abandono: la persona mayor, tras su estancia en el centro médico, suele requerir cuidados continuos para asegurar su recuperación y prevenir un posible reingreso hospitalario. En este contexto, el abandono hospitalario implica esfuerzos adicionales que deben orientarse a acompañar integralmente a la persona mayor, no sólo desde lo físico, sino también desde lo emocional y mental. Como señalan Mendieta Ramón y Blacio Maldonado, "la falta de atención y cuidado adecuado puede llevar a un deterioro significativo en la calidad de vida" de las personas mayores[7]. En este sentido, una persona mayor que ha sido dada de alta, pero que enfrenta abandono hospitalario, no sólo debe sobreponerse a esa situación de exclusión, sino que además demanda procesos de cuidado posteriores, que reconozcan tanto su fragilidad física como las secuelas emocionales y psicológicas derivadas del abandono.

El abandono hospitalario de personas mayores es una forma grave y extrema de exclusión que ocurre cuando, pese a contar con alta médica, no pueden regresar a un entorno seguro por falta de redes familiares o comunitarias. Esta situación no sólo retrasa su salida del hospital, sino que también afecta su salud física, emocional y mental. Por eso, se requiere una respuesta integral que incluya acompañamiento después del egreso y condiciones adecuadas de cuidado. En Bogotá, esta problemática ha sido identificada por la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Integración Social en el marco de la ejecución del Plan Distrital de Desarrollo 2024–2027 "Bogotá camina segura". Por ello, se propone como respuesta la creación de un Sistema de Atención Sociosanitaria que facilite el egreso digno y garantice el acompañamiento integral a estas personas mayores.

- Atención sociosanitaria: "es un conjunto de acciones coordinadas, dirigidas a ofrecer una respuesta integral a las personas que requieren algún tipo de acción donde confluyen los dispositivos sociales y sanitarios."[8] Por su parte, para Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorniú, la atención sociosanitaria es "aquel conjunto integrado de servicios [o] prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a

[7] Valeria Estefanía, M. R., & Blacio Maldonado, K. J. (2024). Efectos Del Abandono En La Calidad De Vida De Adultos Mayores Del Centro Gerontológico Quijos. Revista Científica Y Arbitrada De Ciencias Sociales Y Trabajo Social: Tejedora. ISSN: 2697-3626, 7(15 EDICION ESPECIAL), 183–195. https://doi.org/10.56124/tj.v7i15ep.011

[8] Fernando Vicente Fuentes, "La atención sociosanitaria" (Ponencia, Cartagena, España, 12-14 de noviembre de 2013).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 7 de 110

la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales [o] instrumentales de la vida diaria"[9]. Entre tanto, Miguel Uprimny Yepes, considera que "las personas que son objeto de la atención sociosanitaria son en las que confluye una necesidad de servicios sociales y de salud"[10]. Para este mismo autor, la atención sociosanitaria *es la respuesta social e institucional a las diferentes situaciones de dependencia* que incluye:

- "La necesidad social que debe ser satisfecha de manera integral o coordinada por los servicios de salud y los servicios sociales con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de las personas con problemas graves de dependencia.
- El diagnóstico de los modelos de cuidados, sus características, relaciones de complementariedad y posibilidades de integración.
- La necesidad de protección social de la dependencia que implica nuevas formas de gestión de los recursos actuales y la exigencia de nuevos recursos"[11]

- Autocuidado: capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica.[12]

- Bienestar: el bienestar se define como una condición de salud holística y el proceso de lograr esta condición. Se refiere a la salud física, emocional, social y cognitiva. El bienestar incluye lo que es bueno para una persona: tener un papel social significativo, sentirse feliz y esperanzado, vivir de acuerdo con buenos valores según se definan localmente, tener relaciones sociales positivas y un entorno solidario, manejar los desafíos con habilidades positivas para la vida y tener seguridad, protección y acceso a servicios de calidad. Los aspectos importantes del bienestar incluyen: biológico, material, social, espiritual, cultural, emocional y mental.[13]

- Calidad de vida: la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.[14]

- Corresponsabilidad: la corresponsabilidad o responsabilidad compartida es comprendida como la responsabilidad compartida entre la familia, la sociedad y el estado con el fin de alcanzar un objetivo común. "…la corresponsabilidad supone y asume que la familia, la sociedad y el estado han construido una serie de mecanismos de regulación mutua y autorregulación que han sido definidos por la moral, la cultura y

[9] Gregorio Rodríguez Cabrero y Julia Monserrat Codorniú, *Modelos de atención sociosanitaria, una aproximación a los costes de la dependencia* (Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios sociales, 2002), 13.
[10] Yepes, Miguel. Cuidados y servicios sociosanitarios para las personas en situación de dependencia, como parte integral del Sistema de Salud. Páginas de Seguridad Social. Vol. 1 • n.º 1 enero-junio 2017. Pág. 142
[11] Ibid., 156.
[12] Organización Mundial de la Salud. 3 Ibíd. p. 27.
13 https://inee.org/es/eie-glossary/bienestar
14 Foro Mundial de la Salud, Volumen 17 - 1996. p. 385.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 8 de 110

la ley como mecanismos de convivencia. Si bien estos tres ámbitos sociales en los que se desenvuelve el sujeto tienen roles y responsabilidades diferentes frente a los objetivos del desarrollo, comparten el propósito de garantizar el ejercicio de los derechos humanos en su integralidad y universalidad".[15]

- Cuidado: relación y proceso cuyo objetivo es la promoción y el mantenimiento de la vida, más allá de la enfermedad, en los entornos y ámbitos en que la persona, familias, grupos o comunidades se desarrollan[16]. También se puede decir que "denota la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal, y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria"[17].

- Dependencia funcional moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria una o dos veces al día, o bien necesita apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal[18]. La dependencia funcional ocurre cuando una persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas para vivir. Detectar y cuantificar este fenómeno complejo es crucial, especialmente en personas mayores, ya que es un indicador del estado de salud y del pronóstico independientemente de los diagnósticos médicos[19]. Además, permite separar grupos poblacionales, identificar el nivel de asistencia adecuado para cada individuo y crear un plan de cuidado adecuado para cada persona[20]. La población con dependencia moderada se caracteriza por necesitar ayuda ocasional y muy puntualmente de ciertas actividades básicas de la vida diaria y usualmente no tienen problemas para su desplazamiento, generalmente necesitan apoyo en la administración de medicamentos o la realización de tareas domésticas más complejas. También pueden requerir seguimiento médico regular para controlar su salud y prevenir el deterioro funcional[21].

- Dependencia funcional severa: la dependencia funcional ocurre cuando una persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas para vivir. Detectar y cuantificar este fenómeno complejo es crucial, especialmente en personas mayores, ya que es un

15 Alcaldía Mayor de Bogotá, Consejo Distrital de Política Social. Lineamientos Generales de Política social para Bogotá 2001-2014. p. 45.

16 http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2019%20-%202020/PL%20258-19%20Enfemeria%20y%20Cuidado.pdf

17 Sandra Huenchuan, "Cuidados en la Vejez" (presentación, cepal, 5 de junio de 2014), https://goo.gl/obDTjj.

18 https://www.caib.es/sites/dgdependencia/es/conceptos_basicos-17992/#:~:text=Dependencia%20moderada%3A%20cuando%20la%20persona,limitado%20para%20su%20autonom%C3%ADa%20personal.

19 Montes, J. F. G., & Borrero, C. L. C. (2021). Salud del anciano. Universidad De Caldas; Baracaldo Campo, H. A., Naranjo García, A. S., & Medina Vargas, V. A. (2019). Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). Gerokomos, 30(4), 163–166).

20 Alemán, L. M. C., Atencio, D. V. M., Negrete, D. L. I., & de Jesús Morelo Negrete, D. A. (2016). Manual Práctico de Geriatria y Gerontología. Universidad Carlos Manuel Gasteazoro.

21 Hoogendijk, E. O., Romero, L., Sánchez-Jurado, P. M., Flores Ruano, T., Viña, J., Rodríguez-Mañas, L., & Abizanda, P. (2019). *A new functional classification based on frailty and disability stratifies the risk for mortality among older adults: The FRADEA study*. Journal of the American Medical Directors Association, 20(9), 1105–1110.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 9 de 110

indicador del estado de salud y del pronóstico[22]. Además, permite separar grupos poblacionales, identificar el nivel de asistencia adecuado para cada individuo y crear un plan de cuidado personalizado La población con dependencia severa agrupa a un grupo heterogéneo de personas con necesidades que pueden ir desde requerir ayuda importante y frecuente para actividades de autocuidado, hasta necesitar la presencia permanente de un cuidador externo. Por definición, son una población frágil, es decir, tienen una disminución general de la fuerza y la resistencia, lo que las hace más vulnerables a enfermedades y lesiones. Además, tienen más riesgo de eventos adversos y una mortalidad a 5 años aproximada del 75-78.8%. Su cuidado requiere de más recursos en comparación con otros tipos de personas, y los objetivos de cuidado están encaminados a brindar calidad de vida[23].

- Entorno Cuidador Institucional “Bienestar en nuestro entorno institucional”: “comprende los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas), las instituciones que prestan servicios sociales o de protección integral, y las instituciones en donde viven un grupo de personas -generalmente no parientes- que participan de una vida en común. En este entorno, interactúan los servicios sanitarios y sociales para garantizar la atención integral en Salud a las personas (MSPS, 2018)”. Desde el Entorno Cuidador Institucional las acciones que allí se desarrollan se “focalizan a partir de la articulación intersectorial, las características del territorio, la ubicación de las instituciones en este y las necesidades identificadas en las instituciones, así como en las personas institucionalizadas y sus cuidadores. Para este abordaje, se implementan planes de cuidado institucional, los cuales integran acciones colectivas e individuales de alta externalidad, de carácter promocional y de gestión integral del riesgo, con el fin de afianzar las habilidades para el cuidado de la Salud y el bienestar”[24].

- Envejecimiento: proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.[25]

- Envejecimiento activo y saludable: proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias,

[22] Alemán, L. M. C., Atencio, D. V. M., Negrete, D. L. I., & de Jesús Morelo Negrete, D. A. (2016). Manual Práctico de Geriatría y Gerontología. Universidad Carlos Manuel Gasteazoro.
[23] Hoogendijk, E. O., Romero, L., Sánchez-Jurado, P. M., Flores Ruano, T., Viña, J., Rodríguez-Mañas, L., & Abizanda, P. (2019). *A new functional classification based on frailty and disability stratifies the risk for mortality among older adults: The FRADEA study*. Journal of the American Medical Directors Association, 20(9), 1105–1110.
[24] Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Documento Marco Para La Operación De Las Acciones De Gestión De La Salud Pública Y Plan De Salud Pública De Intervenciones Colectivas En Bogotá. Pág. 54.
25 Ley 2055 de 2020 “Por medio de la cual se aprueba la ‘’Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Personas Mayores’’ adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015”, art. 2.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 10 de 110

amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población.[26]

- Envejecimiento de la población: aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total.[27]

- Equipos de la gestión extramural: "no son de una entidad particular o para una población específica, sino que administrativa y operativamente se estructuran para garantizar una atención adecuada e integral a los usuarios, independiente de su afiliación. El abordaje de los equipos extramurales es complementado con acciones periódicas y con servicios definidos según necesidades territoriales identificadas. Estas se dan en forma de jornadas intersectoriales, que definirán los servicios en salud o sociales a ofertar, según las necesidades previamente establecidas con la comunidad, así como los actores sectoriales e intersectoriales presentes en el territorio"[28].

- Equipo Básico Extramural (EBE): "es un grupo interdisciplinario encargado de desarrollar acciones con la comunidad, familia y personas con el fin de incidir de manera positiva en las condiciones de salud de las familias y comunidades. Este equipo lo componen promotores (técnicos en salud), profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición, ciencias ambientales, optometría, odontología y terapia según las necesidades identificadas en el territorio, quienes tendrán asignación de un número de familias del territorio y responsabilidad en la gestión integral del riesgo de estas. Su labor se centra en aportar a la identificación de riesgos en salud e implementar el Plan de Cuidado para abordarlos, realizar intervenciones individuales, familiares y colectivas para mitigar amenazas a la salud y promover factores protectores, así como ejecutar acciones de educación para la salud pública, monitorear la situación de salud y asegurar el seguimiento de planes de gestión del riesgo y coordinar con otros prestadores de salud para asegurar una atención integral y efectiva"[29].

- Familias: organizaciones sociales, construidas históricamente, constituidas por personas que se reconocen y son reconocidas en la diversidad de sus estructuras, arreglos, formas, relaciones, roles y subjetividades; las cuales están conformadas por grupos de dos o más personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidas por una relación de parentesco por consanguinidad, afinidad, adopción o por afecto, en las que se establecen vínculos de apoyo emocional, económico, de cuidado o de afecto, que comparten domicilio, residencia o lugar de habitación de manera habitual y son sujetos colectivos de derecho.[30]

- Gerontagogía: de acuerdo con Lemieux (1997) se entiende "*como el ámbito científico y profesional, dedicado a la intervención socio-educativa con y para personas mayores,*

26 Ley 2055 de 2020 "Por medio de la cual se aprueba la ''Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Personas Mayores'' adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015", art. 2.
27 https://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento
28 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Documento Marco Para La Operación De Las Acciones De Gestión De La Salud Pública Y Plan De Salud Pública De Intervenciones Colectivas En Bogotá. Pág. 22.
29 Ibíd. 25.
30 Política Pública Distrital para las Familias, Pag.34.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 11 de 110

además pretende generar una atención específica con la intención de educar en el aprovechamiento máximo de las capacidades y experiencias que han ido acumulando los mayores a lo largo de su vida y que hoy en día suelen pasar desapercibidas en nuestra sociedad".[31]

En este sentido, la gerontagogía tiene unas características que la fundamentan como teoría educativa: "*principios de flexibilidad, participación social, educación para el disfrute en esta etapa de la vida, el enriquecimiento personal, sin procesos de evaluación cuantitativa".*[32]

- Gestión De casos: se entiende la gestión de caso como "el acompañamiento y coordinación de profesionales y recursos a lo largo del itinerario integral de intervención. Contempla la valoración integral (persona, familia, vivienda, entorno) desde los problemas, las necesidades y las fortalezas, la planificación del caso, recomendaciones y paquetes de servicios, la implementación del plan, concertación de servicios, formales e informales y la articulación, seguimiento, acompañamiento y evaluación. En los casos de abandono el gestor de caso adquiere una relevancia mayor en tanto la defensa y la protección frente a una mayor vulnerabilidad"[33].

- Línea de atención: estrategias y herramientas que abarcan todas las dimensiones del ser humano y conforman los ejes del servicio. Estas estrategias y herramientas pretenden garantizar una atención integral a los participantes del servicio en lo referente a sus necesidades físicas, emocionales y sociales, a través de la implementación y realización de actividades diferenciales con metodologías participativas e incluyentes y que se ajusten a las necesidades específicas de cada participante del servicio, y se adaptan a medida que estas necesidades cambian. [34]

- Nueva longevidad: paradigma que plantea un enfoque distinto con relación a la manera en que pueden vivir las personas mayores. Es decir, que no sólo es vivir más sino vivir integrados, plenos y protagonistas por lo que es necesario pensar, diseñar e implementar una serie de cambios que conduzcan a un mejor las vejeces. En palabras de Bernardini, "una cultura de nueva longevidad se apoya en la importancia de la participación social, la inclusión y en brindar oportunidades y esto, no reconoce edad. Hablar de vigencia como algo que depende de su experiencia, estado de salud, posibilidades y ganas. Es alguien que tiene buen presente, que resulta actual, que tiene valor. Es alguien que cumple o aporta más allá del paso del tiempo, un principio fundamental en la construcción de la nueva longevidad"[35]

---

[31] H. G. Nora, (2016). Caracterización gerontagógica de los programas educativos para adultos mayores en Medellín Colombia, p. 245.
[32] Ibíd., p. 249.
[33] Documento Técnico de recomendaciones en materia de respuesta a la exclusión y abandono de personas mayores en Bogotá. Facilidad sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. *Agence française de développement* (AFD); *Expertise France Groupe* AFD; Banco Interamericano de desarrollo (BID). Pág. 17; noviembre 2023.
[34] Tomado de: Servicio Comunidad de Cuidado, Subdirección para la Vejez.
[35] Bernardini Zambrini, D. Hacia el diseño sostenible de una nueva longevidad. Cuaderno 128. Centro de Estudios en Diseño y Comunicación (2021/2022). págs. 145-155 ISSN 1668-0227

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 12 de 110

- Persona mayor: aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.[36]

- Plan De Salud Pública De Intervenciones Colectivas: "Es el plan que incluye las actividades de promoción de prácticas saludables que contribuyen a la prevención y el control de enfermedades, así como al mejoramiento de los entornos sociales, económicos, políticos y culturales en los que nacen, crecen, viven trabajan y envejecen las y los habitantes de Bogotá."[37]

- Política pública social: conjunto de valores, decisiones y acciones estratégicas que llevan a la transformación de una situación específica, que tanto los ciudadanos y ciudadanas como el Estado han determinado como importante o prioritaria, en la medida en que subsisten en ella condiciones de desequilibrio que afectan la calidad de vida; plantean una distribución diferente de lo existente; bienes o servicios y la creación de respuestas a partir de la identificación colectiva de soluciones[38]. Los marcos de referencia en materia de políticas públicas sociales del Distrito para el servicio socio sanitario son:

  - Política Publica Social de Vejez y Envejecimiento 2010 - 2025: política pública por la garantía de derechos de las personas mayores del Distrito Capital, promoviendo el desarrollo de sus capacidades y el envejecimiento activo como proyecto de vida.[39]

  - Política Pública para la Mujer y Equidad de Géneros (PPMYEG) 2020-2030: es el resultado de un proceso histórico que promulga la igualdad de género, el reconocimiento de los derechos de las mujeres y la redistribución de recursos para la consecución de una igualdad efectiva y justa.[40]

  - Políticas públicas étnicas: conjunto de políticas públicas diferenciales que promueven el reconocimiento identitario, la garantía de derechos y la formulación de acciones afirmativas de grupos étnicos de pueblos indígenas, afrodescendientes, raizales, palanqueros y de pueblos rom o gitanos[41].

  - Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031: Garantizar las condiciones necesarias para el envejecimiento saludable y la vivencia de una vejez digna, autónoma e independiente en igualdad, equidad y no discriminación, en el marco de la protección, promoción, defensa y restablecimiento de los derechos

36 Ley 2055 de 2020 "Por medio de la cual se aprueba la ''Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Personas Mayores'' adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015", art. 2.
37 Tomado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://subredsuroccidente.gov.co/entidad/PORTAFOLIO%20PSPIC%202021.pdf
38 Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 – 2025 P.27.
39 Ibíd. p. 74.
40 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de la Mujer, 2020.
41 Decretos Distritales 151 de 2008, 543 de 2011, 554 de 2011 y 582 de 2011.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 13 de 110

humanos y bajo el principio de corresponsabilidad individual, familiar, social y estatal.[42] (Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031).

- Psicogerontología: de acuerdo con Rocío Fernández Ballesteros "es la disciplina que dentro de la psicología se ocupa del envejecimiento, la vejez y las personas mayores, y pretende conocer el largo proceso de envejecer y cómo atender a personas mayores"[43]; está ligada a la psicología del desarrollo y a la gerontología, y considera que, dentro del proceso de envejecimiento, cada persona es el resultado de un organismo, unas conductas y unos contextos que se han ido modificando a lo largo del trascurso vital, por lo que la psicogerontología debe ocuparse del estudio de las interacciones de las persona mayores con el entorno, teniendo en cuenta el contexto familiar, comunitario y social, buscando su bienestar emocional, mental y el de los cuidadores[44]. Además, dentro del marco de este convenio, la colaboración entre Psicología, Trabajo Social y Gerontología puede definirse como un enfoque o intervención psico-gerontológica destinada a ofrecer una atención centrada en la persona, teniendo en cuenta sus dimensiones psicológicas, sociales y los propios aspectos del proceso natural de envejecimiento. De este modo, estas tres disciplinas desempeñan, de manera conjunta, un papel fundamental en el proceso de atención sociosanitaria transitoria que se brinda a la persona mayor, proporcionando cada una, desde sus competencias particulares, estrategias orientadas al fortalecimiento de la autonomía, la resignificación de los vínculos afectivos, la reconstrucción de relaciones interpersonales y la transición hacia un nuevo proyecto de vida. Todo esto enmarcado en la gestión de casos dentro del sistema sociosanitario.

- Redes de apoyo: definen las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vinculan a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.[45]

- Vejez: definida como el último de los momentos del ciclo de la vida que comienza alrededor de los 60 años y termina con la muerte[46] .

- Vulnerabilidad: es entendida como "(…) un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas o internas. La

[42] Decreto 680 de 2022 – Anexo Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031 P.29
[43] Fernández-Ballesteros R., Habla sobre la evaluación psicogerontológica. Universidad de Monterrey. (10-07-2025). Disponible en: https://www.udem.edu.mx/es/ciencias-de-la-salud/noticia/habla-sobre-la-evaluacion-psicogerontologica#:~:text=%E2%80%9CPsicogerontolog%C3%ADa%20es%20la%20disciplina%20que,mayores%E2%80%9D%2C%20explic%C3%B3%20la%20doctora.
[44] Román-Sangrador C., Psicogerontología: síntesis histórica de los cerca de dos siglos de estudio del envejecimiento. 2018, Geriatricarea Revista digital del sector sociosanitario. Disponible en: https://www.geriatricarea.com/2018/11/27/psicogerontologia-sintesis-historica-de-los-cerca-de-dos-siglos-de-estudio-del-envejecimiento/#:~:text=La%20Psicogerontolog%C3%ADa%20es%20una%20subdisciplina,personas%20mayores%20y%20su%20entorno.
[45] Guzmán J.M., Huenchuan S., Montes V. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. 2003, p. 43
[46] PPSEV. p. 23.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 14 de 110

vulnerabilidad social de sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos. La vulnerabilidad está relacionada con circunstancias un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido que le impiden al individuo (i) procurarse su propia subsistencia; y (ii) lograr niveles más altos de bienestar, debido al riesgo al que está expuesto por situaciones que lo ponen en desventaja en sus activos (…)"[47].

2.2. Marco Normativo

- Internacional

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre – 1948 - Aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá en 1948. Es el primer acuerdo internacional sobre derechos humanos y reviste gran importancia en el marco de este derecho en tanto se estableció como un instrumento que contempló no sólo derechos que les corresponden a las personas - a la constitución y a la protección de la familia, la preservación de la salud y al bienestar, cultura, descanso y a su aprovechamiento - sino que también identificó a éstas como sujetos de deberes. En ese sentido posee todo un capítulo referido a los deberes que se dirigen a contemplar obligaciones de las personas respecto de la sociedad, así como las de los hijos hacia sus padres en el sentido de asistirlos, alimentarlos y ampararlos cuando éstos lo necesiten.

- Declaración Universal de Derecho Humanos - 1948 – Referenció a las personas mayores como grupo poblacional sujeto de especial protección por parte de los Estados.

- Resolución 213 de 1948. Emitida por la Asamblea General de las Naciones Unidas referida a la Declaración de los Derechos de la Vejez.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos -1966-; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) 1966; Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer -1979-; Convención Americana sobre Derechos Humanos –OEA-1979 – Incluyeron algunas declaraciones generalizadas e indirectas frente a la protección y reconocimiento de los derechos de las personas mayores, ya reconocidas como sujetos de especial y reforzada protección.

- Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento – 1982 - Instrumento producto de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento convocada por la Organización de Naciones Unidas en 1982, el cual se constituyó como herramienta normativa que establece las medidas y recomendaciones que deben adoptar los Estados miembros, tendientes a garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de las

[47] Corte Constitucional. Sentencia T-244 del 26 de marzo de 2021.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 15 de 110

personas mayores, con el fin de fomentar respuesta internacional adecuada al fenómeno del envejecimiento progresivo.

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador - 1988 – Establecido como instrumento que generara acciones internacionales más específicas frente a la garantía de los derechos de las personas mayores (Art 17), obligando a brindar protección especial, a asumir el compromiso de adoptar medidas progresivamente tendientes a el logro de la efectividad de esos derechos.

- Resolución 46 de 1991, emitida por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991, estableciendo principios a favor de las personas mayores, dentro de los cuales potencia como ejes principales de los planes y programas de gobierno de los Estados parte, el cuidado y la dignidad de este grupo poblacional.

- Proclamación por el Envejecimiento – 1992 – Instrumento surgido a partir de la celebración del décimo aniversario de la adopción del Plan de Acción Internacional de Viena por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en cual los países asumieron como responsabilidad apoyar las iniciativas nacionales sobre el tema, haciendo especial énfasis en el reconocimiento de la protección aún más especial que merecen las mujeres mayores respecto a su dignidad e integridad.

- Segundo Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento – Madrid 2002- Instrumento producto de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento convocada por la Organización de Naciones Unidas en 2002, el cual se constituyó como la forma de adaptarse a los cambios culturales, sociales y económicos que estaba generando el creciente fenómeno demográfico de aumento de la población mayor en los Estados. En éste se establecieron medidas y recomendaciones encaminadas entre otras, a la creación de un entorno propicio y favorable para el desarrollo del envejecimiento de las personas mayores, la garantía de sus derechos económicos sociales y culturales, así como la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación en contra de estos, siempre dotadas estas acciones de los principios de cuidado, protección y dignidad humana, establecidos por las Naciones Unidas en 1991.

- Estrategia regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento -Santiago de Chile, 2003- Erguida en el plano regional de las Naciones Unidas con el fin de plantear metas, objetivos y recomendaciones para la acción a favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid en el 2002, entre las cuales se encuentra la eliminación de todos los tipos de violencia y discriminación en su contra.

- Resolución 58/134 de 2003. Emitida por la Asamblea General de las Naciones Unidas referida al seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

- Declaración de Brasilia – 2007- Instrumento producto de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América y el Caribe; “hacia una

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 16 de 110

sociedad para todas las edades de protección social basada en derechos", convocada y organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y el gobierno de Brasil, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2007. Mediante esta se establecieron compromisos por parte de los Estados frente a la promoción, protección y logro de la efectividad del goce de los derechos de las personas mayores, mediante la inclusión formal y manifiesta del tema en todos los programas, políticas públicas y planes de gobierno, así como la consecución de recursos humanos, materiales y financieros, y el seguimiento y evaluación constante a su desarrollo y resultados.

- Naciones Unidas: Hacia una sociedad para todas las edades: nuevo pensamiento, nuevo lenguaje, nuevas conversaciones -1998-. El panorama del envejecimiento de los seres humanos en todo el mundo presenta variedades casi infinitas, según las condiciones demográficas, económicas, culturales y políticas. No obstante, debemos tener una conversación sincera sobre lo que hemos aprendido a través de los rápidos cambios demográficos. Tal aprendizaje incluye el conocimiento científico sobre el cambio poblacional, una nueva comprensión del envejecimiento individual y, no menos importante: la comprobación de nuestros equívocos y falacias frente a la nueva realidad del envejecimiento.

- CEPAL Carta de San José -2012-. Sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe.

- Convención Interamericana de la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aprobada el 15 de junio de 2015 por los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos en el marco de la Asamblea General de la institución. El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Lo dispuesto en la presente Convención no se interpretará como una limitación a derechos o beneficios más amplios o adicionales que reconozcan el derecho internacional o las legislaciones internas de los Estados Parte, a favor de la persona mayor.

- Nacional

- Constitución Política de Colombia 1991: Artículo 13: Establece que el Estado es responsable de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, y de adoptar medidas en favor de grupos poblacionales discriminados o de especial protección por encontrarse en circunstancias de debilidad manifiesta, sancionando los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. Artículo 46: Declara que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. Artículo 49: Declara también que toda persona tiene el deber de propender por autocuidado y el de su comunidad. Artículo 366: Establece como finalidad primordial

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 17 de 110

del Estado Social de Derecho el mejoramiento de calidad de vida de todos los habitantes del territorio nacional.

- CONPES 2793 del 1995. Brinda lineamentos de la política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana y en especial a las necesidades de las personas de mayor edad. Los objetivos principales de esta política son mejorar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida de toda la población para que alcance una vejez saludable y satisfactoria.

- Ley 319 de 1996. por la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988.

- Ley 1251 de 2008. “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.”. Tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, así como orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.

- Decreto Nacional 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, Capitulo 5 ARTÍCULO 2.2.2.5.1 Equivalencias. Los requisitos de que trata el presente decreto no podrán ser disminuidos ni aumentados. Sin embargo, de acuerdo con la jerarquía, las funciones, las competencias y las responsabilidades de cada empleo, las autoridades competentes al fijar los requisitos específicos de estudio y de experiencia para su ejercicio, podrán prever la aplicación de las siguientes equivalencias”.

- Ley 2055 del 10 de septiembre del 2020 aprueba la «Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores» la cual tiene como objeto “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades 'fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, 'integración y participación en la sociedad” en su Artículo 12 define los “derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”, donde se promueve la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria, entre otras, garantizando el mantenimiento de la autonomía e independencia.

- Decreto 681 del 2 de mayo del 2022 “Por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional del Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031.”

- LEY 1641 DE 2013. Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 18 de 110

- Decreto 1285 de 2022 "Por medio del cual se adiciona el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022 2031" ANEXO TÉCNICO Política Pública Social Para Habitantes de Calle - PPSHC, 2022 – 2031.

- Distrital

- Decreto Distrital 345 de 2010. "Por medio del cual se adopta la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital".

- Decreto 560 de 2015. Por el cual se formulan acciones prioritarias para brindar atención integral a la población "habitante de calle del Distrito Capital.

- Acuerdo 368 de 2024 Expedido por el Concejo de Bogotá D.C. “Por Medio Del Cual Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico, Social, Ambiental Y De Obras Públicas Del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”.

- Resolución 0218 del 8 de febrero de 2023 “Por la cual se definen las reglas y principios aplicables a los servicios sociales de la Secretaría Distrital de Integración Social, se adoptan los instrumentos de focalización, los criterios de ingreso, priorización, egreso y restricciones, y se dictan otras disposiciones”, portafolio de servicios de la Entidad, fecha de actualización 2 de septiembre del 2025[48].

- Convenio Marco No. 8087945 de 2025, suscrito entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) del 16 de julio del 2025, cuyo objeto es: Aunar recursos técnicos, administrativos y económicos entre la Secretaría Distrital De Integración Social y la Secretaría Distrital De Salud – Fondo Financiero Distrital De Salud, para la gestión efectiva y coordinada del servicio sociosanitario transitorio dirigido a personas mayores de 60 años o más en condición de abandono hospitalario o social, en virtud del Convenio Marco No. 8087945 de 2025 suscrito entre las dos entidades a través del cual se implementa el sistema sociosanitario en la ciudad de Bogotá D.C.

2.3. Enfoques de atención

2.3.1. Enfoque de atención centrado en la persona (ACP)

Desde el servicio de atención sociosanitaria transitoria, es fundamental brindar una respuesta integral a las necesidades particulares de las personas mayores beneficiarias, garantizando no sólo su bienestar físico, sino también emocional, social y cultural. Para

48 https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/prestacion_de_servicios_sociales_para_la_inclusion_social/doc_aso/1.generales/20250901_portafolio_servicios_secretaria_distrital_integracion_social_v17.pdf Consultado 3 de septiembre del 2025.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 19 de 110

lograrlo, las acciones interdisciplinarias e interinstitucionales que se diseñen e implementen se enmarcan en el enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP), el cual, según la Organización Mundial de la Salud (2016), es un modelo que orienta la prestación de cuidados y servicios hacia la mejora de la calidad de vida, considerando no solo la salud individual, sino también el contexto familiar, cultural y comunitario de cada persona[49].

Este enfoque implica reconocer a la persona mayor como un ser único, valioso y con historia, cuyos derechos, preferencias y decisiones deben ser respetados en todo momento. La ACP promueve la autonomía, la participación activa en las decisiones sobre su atención y vida cotidiana, y la creación de entornos que favorezcan su empoderamiento. Como plantean Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan (2004), así como McCormack (2004), [50]entre los principios fundamentales de este enfoque se destacan: el conocimiento profundo de la historia de vida de la persona, el respeto a su identidad, la promoción de relaciones significativas y la adaptación del entorno físico y social para fortalecer su bienestar y dignidad. [51]

Igualmente, el Enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) se ha consolidado como un modelo fundamental en el ámbito de los cuidados, especialmente en contextos de vulnerabilidad y envejecimiento. Este enfoque promueve una atención basada en la dignidad, la compasión y el respeto, reconociendo a las personas mayores como protagonistas de su propio cuidado y alentándolas a participar activamente en las decisiones que afectan su vida cotidiana y su salud (Molony et al., 2011)[52]. Además, constituye una estrategia de intervención social y sanitaria que defiende el respeto por los derechos, la autonomía y la trayectoria vital de cada individuo (Ministerio de Sanidad, 2011)[53]. Desde esta perspectiva, la ACP sitúa a la persona en el centro del sistema de cuidados, reconociendo su capacidad para decidir, construir su plan de vida y recibir apoyos que respeten su identidad, historia personal y preferencias (Matia Instituto, 2020)[54]. Como lo plantea Teresa Martínez[55] la ACP implica un cambio profundo en la cultura del cuidado, pasando del “hacer por” al “hacer con”, es decir, promoviendo una relación horizontal entre los profesionales y las personas mayores, priorizando sus deseos, su historia de vida y su entorno.

---

[49] Organización Mundial De La Salud (OMS), (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. 69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD; Ginebra: p.2.

[50] McCormack, B. (2004). P*erson-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature*. International Journal of Older People Nursing, 13, 31-38.

[51] Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J. & Nolan, J. (2004). *Beyond ‘person-centred’ care: a new vision for gerontological nursing*. International Journal of Older People Nursing, 13:45-53.

[52] Sheila L. Molony. *Person-Centered Assessment and Care Planning*. Gerontologist, 2018, Vol. 58, No. S1, S32–S47

[53] Ministerio de Sanidad (España). Libro Blanco De La Coordinación Sociosanitaria En España. 2011. Recuperado en: https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

[54] MATIA Instituto Gerontológico, *El Modelo de Atención Centrado en la Persona: qué es y por dónde empezar.* https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/el-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-que-es-y-por-donde-empezar

[55] Martínez, Teresa. *Atención centrada en la persona... y los profesionales ¿qué?* Tomado de: https://acpgerontologia.blogspot.com/

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 20 de 110

2.3.2. Enfoque de atención integrada para las personas mayores (ICOPE)

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuidados para las personas mayores y la atención en salud se han centrado en sus enfermedades, situando el diagnóstico y el tratamiento en el centro de interés y, aunque tratar las enfermedades sigue siendo importante, actualmente hay una tendencia donde se desatienden los problemas de audición, memoria, movilidad y otras alteraciones frecuentes de la capacidad intrínseca que están asociadas con la vejez[56]. Sin embargo, prestar atención a estas capacidades intrínsecas de las personas mayores en todo el sistema de salud contribuirá al bienestar de la población mayor.

Para lograr es detección y el manejo de estos problemas en este momento del trascurso vital, la Organización Mundial de la Salud responde a esta necesidad con la creación del modelo ICOPE (Enfoque de atención integrada para las personas mayores), que permite la elaboración de esquemas comunitarios integrales que incluyen intervenciones para prevenir las disminuciones en la capacidad intrínseca, *"fomentar el envejecimiento saludable y apoyar a los cuidadores de las personas mayores"*[57].

Los principios protectores de este modelo de atención y en los que se guiará este servicio de atención sociosanitaria transitoria son:

- Las personas mayores tienen derecho a la mejor salud posible.
- Las personas mayores deben tener igualdad de oportunidades para acceder a los determinantes del envejecimiento saludable, independientemente de su posición social o económica, de su lugar de nacimiento o de residencia y de otros factores sociales.
- La atención debe prestarse por igual a todas las personas, sin discriminación, en particular sin discriminación por razones de sexo o edad.

En suma, el enfoque ICOPE, propuesto por la Organización Mundial de la Salud, busca brindar una atención coordinada y continua a las personas mayores, para ayudarles a mantener su bienestar físico y mental durante el envejecimiento. Este modelo parte de la idea de que envejecer bien no es solo no estar enfermo, sino conservar la capacidad de realizar actividades cotidianas, tomar decisiones y participar activamente en la vida social. Para lograrlo, el ICOPE promueve intervenciones integradas desde los servicios de salud y apoyo social, con acciones preventivas, personalizadas y centradas en cada persona mayor y su entorno. Su propósito es evitar el deterioro funcional, proteger la autonomía y mejorar la calidad de vida (OMS, 2019).

3. Descripción del servicio de atención sociosanitaria transitoria

[56] Organización Panamericana de la Salud OPS (2020). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud.
[57] Ibíd.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 21 de 110

A continuación, se describe el servicio en sus aspectos generales conforme a lo referido en su ficha técnica del servicio[58].

a. Población objetivo

Personas mayores, de sesenta (60) años o más, residentes en el Distrito Capital, en situación de abandono hospitalario (con alta médica), social y otras modalidades de abandono.

b. Objeto del servicio social

Brindar atención sociosanitaria transitoria a personas mayores de sesenta (60) años o más, en situación de abandono hospitalario con alta médica, o en condición de abandono social y otras modalidades de abandono en el Distrito Capital, con el fin de promover su recuperación, mantener su autonomía e independencia, y preservar su salud física y emocional. Esto se logrará a través de la implementación de rutinas diarias adaptadas, el fortalecimiento de la dimensión relacional, la formulación de proyectos de vida, la identificación y reactivación de redes sociales, la elaboración de planes de egreso individualizados, y el acompañamiento integral que facilite su transición hacia un nuevo ámbito de vida, en el marco de la gestión de casos del sistema sociosanitario.

c. Beneficios tangibles

El servicio de atención sociosanitaria transitoria ofrece una atención centrada en la persona, con el fin de brindar bienestar a las personas mayores en un entorno de cuidado y acompañamiento, a través de un equipo interdisciplinario y de intervenciones individuales y colectivas interinstitucionales. Las personas mayores en el servicio de atención sociosanitaria transitoria cuentan con los siguientes beneficios:

- Alojamiento confortable y seguro.
- Componente de alimentación y nutrición.
- Vestuario.
- Servicio funerario.
- Promoción, recuperación y mantenimiento de la autonomía e independencia.
- Participación en prácticas de cuidado protectoras y de mantenimiento de la salud física y el bienestar socioemocional.
- Atención sociosanitaria interdisciplinaria e interinstitucional.
- Acompañamiento y supervisión en actividades básicas de la vida diaria.
- Acompañamiento y orientación frente a trámites de salud.
- Identificación, recuperación y ampliación de redes de apoyo.
- Apoyo y orientación en la formulación del proyecto de vida.
- Elaboración de planes de egreso individualizados.

58 https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/prestacion_de_servicios_sociales_para_la_inclusion_social/doc_aso/1.generales/20250901_portafolio_servicios_secretaria_distrital_integracion_social_v17.pdf

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 22 de 110

- Acompañamiento en la preparación y tránsito hacia un nuevo ámbito de vida familiar, social o institucional.

d. Criterios de ingreso – egreso y restricciones

Los criterios de ingreso, egreso y las restricciones del servicio de atención sociosanitaria transitoria para personas mayores son establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), a través de la Subdirección para la Vejez. Estos criterios están consignados de manera detallada en la Ficha Técnica y el Manual Operativo del Servicio, documentos que constituyen instrumentos normativos y de gestión que orientan su implementación y que forman parte integral del convenio suscrito entre la Entidad y el operador asociado. En este marco, la verificación y validación del cumplimiento de los criterios que definen la población objetivo, así como de los requisitos de ingreso al servicio, son una responsabilidad exclusiva de la Secretaría Distrital de Integración Social, como entidad rectora y garante del acceso al servicio en condiciones de equidad, pertinencia y calidad.

4. Ingreso al servicio

Cuando se disponga de un cupo, la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), a través de la Subdirección para la Vejez, remitirá al operador asociado, por correo electrónico o el medio de comunicación que se disponga, los datos de la persona mayor que ingresará a la unidad operativa, junto con la información del lugar, fecha y hora en la que debe realizarse el ingreso. El operador asociado deberá dar cumplimiento a esta instrucción, recogiendo a la persona mayor en el punto y horario establecidos. Dichos puntos de encuentro corresponden a unidades operativas o espacios institucionales de la SDIS o los que ella considere pertinentes, desde los cuales se efectuará el traslado hacia el servicio de atención sociosanitaria transitoria. A partir de ese momento, la persona mayor queda bajo la responsabilidad del operador, iniciándose formalmente la atención integral, bajo criterios de calidad, oportunidad y continuidad del cuidado.

En los casos de ingreso por emergencia o aquellos que no se realicen en un entorno de salud específico, y el punto de recepción de la persona mayor corresponda a cualquier lugar del territorio distrital, según lo determine la Secretaría Distrital de Integración Social, el operador asociado deberá gestionar una valoración médica de primer nivel (triage o atención por el servicio de urgencias), con el fin de contar con una valoración inicial del estado general de salud de la persona mayor, identificar posibles condiciones clínicas prioritarias y orientar de manera adecuada su atención dentro del Servicio.

Para estos casos de ingreso por emergencia, el asociado deberá garantizar, el mismo día del ingreso de la persona mayor, que el equipo profesional diligencie en el aplicativo SIRBE WEB[59] la ficha SIRBE WEB de variables generales y específicas. Si por alguna razón no es posible diligenciarla en este aplicativo, se deberá diligenciar en forma física a través de la

[59] O en el aplicativo que determine la entidad o el que haga sus veces. Esto aplica para el caso que acá se cita como todo lo referido de acá en adelante en el documento, con relación al aplicativo SIRBE WEB y sus respectivos formatos.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 23 de 110

ficha SIRBE Información específica personas mayores (FOR-PSS-323) publicada en el mapa de procesos de la Secretaría Distrital de Integración Social y, de la misma manera, deberá garantizar la entrega de manera física al equipo administrativo de la Subdirección para la Vejez, en un plazo máximo de 1 día calendario, para el respectivo cargue en el Sistema de Registro de Beneficiarios SIRBE.

Para acompañar el proceso de ingreso de una persona mayor al centro, el asociado debe disponer mínimo de un profesional o auxiliar de enfermería. Para los traslados de 10 personas mayores o más, el asociado debe dar cumplimiento al protocolo de traslado de personas mayores (documento no controlado).

La Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), a través de la Subdirección para la Vejez, podrá reubicar total o parcialmente a los participantes asignados en la unidad operativa.

El asociado debe reportar de manera inmediata a la Subdirección para la Vejez, las novedades (ingreso - egreso) que se presenten en la unidad operativa mediante el Formato Ficha SIRBE genérica para novedades registro de actuaciones (FOR-PSS-311) y por medio de llamada telefónica, o el medio de comunicación que se disponga, debe notificar a la Subdirección para la Vejez el mismo día que ocurra dicha novedad, con el fin de realizar oportunamente las actuaciones en SIRBE y la reposición del cupo.

El asociado deberá socializar a cada persona mayor en el momento de su ingreso a la unidad operativa el Pacto de Convivencia Institucional y debe diligenciar el formato acta de aceptación de la persona mayor de traslado a otra unidad operativa y del pacto de convivencia (FOR-PSS-588).

5. Permanencia en el servicio

El asociado deberá cumplir con lo establecido en el Manual Operativo del servicio de atención sociosanitaria transitoria (documento no controlado), donde se aclaran los pasos a seguir y documentos de soporte para ejecutar un correcto ingreso de la persona mayor en la unidad operativa.

El asociado deberá mantener actualizada la estadística sobre la cobertura del centro, reportando el primer (1) día hábil de cada mes al equipo administrativo del servicio social de la Subdirección para la Vejez, lo siguiente: ingresos, egresos, hospitalizaciones y permisos de los participantes fuera del centro, a corte del mes anterior al día que está reportando. Así mismo, durante los primeros cinco (5) días calendario del mes, el asociado deberá enviar a la Subdirección para la Vejez, vía correo electrónico y en el formato definido, la caracterización de las personas participantes del servicio. Dicha caracterización deberá remitirse en el marco de la presentación del informe de ejecución del convenio.

Durante la ejecución del convenio, el asociado deberá indagar con cada persona mayor si la información contenida en la ficha SIRBE presenta algún cambio, si se evidencia que se requiere actualización, se deberá diligenciar la Ficha SIRBE genérica para novedades

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 24 de 110

registro de actuaciones (FOR-PSS-311) y el Formato Ficha SIRBE Genérica para registro de actuaciones por historia social (FOR-PSS-312), o la que haga sus veces y actualizar la información en el aplicativo SIRBE web.

El asociado debe dar cumplimiento a las condiciones técnicas, administrativas y operativas del Servicio, las cuales se enuncian y describen como se indica a continuación. Cabe señalar que el Manual Operativo del servicio amplía esta información y constituye parte integral de los documentos que debe aplicar el asociado en su integralidad:

- Atención Sociosanitaria Transitoria.
- Nutrición y Salubridad.
- Ambientes Adecuados y Seguros.
- Gestión Administrativa.

5.1. Atención Sociosanitaria Transitoria

La atención sociosanitaria transitoria se llevará a cabo a través de un Plan de Acompañamiento Individual y un Plan de Egreso Individualizado (PEI), los cuales deben abordarse desde un trabajo interdisciplinario, la participación activa de los participantes del servicio y sus necesidades específicas.

5.1.1. Plan de Acompañamiento Individual

La elaboración del Plan de Acompañamiento Individual en el servicio de atención sociosanitaria transitoria es esencial para garantizar una atención integral, personalizada y centrada en las necesidades particulares de cada persona mayor. Este instrumento permite registrar de manera sistemática sus condiciones de salud física, emocional y social, así como el desarrollo de sus capacidades, los avances o retrocesos en su nivel de independencia y autonomía, y la reformulación de su proyecto de vida durante su permanencia en el servicio. Con base en esta información, se diseñan intervenciones pertinentes, coordinadas y con un enfoque interdisciplinario. Asimismo, el plan de acompañamiento fomenta la participación activa de la persona mayor en la toma de decisiones sobre su proceso de cuidado, fortaleciendo su autonomía, dignidad y sentido de propósito, y asegurando que la atención responda a sus valores, expectativas y trayectoria vital. En este sentido, este plan no sólo orienta las acciones del equipo de atención, sino que constituye una herramienta clave para el seguimiento, la evaluación continua y el ajuste oportuno de los apoyos e intervenciones necesarias, contribuyendo de manera decisiva al bienestar integral y la calidad de vida de la persona mayor en el servicio.

La construcción del Plan de Acompañamiento Individual debe realizarse de manera colaborativa y participativa con la persona mayor, en coherencia con los principios del Enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) y el Enfoque de Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE). Desde la ACP, se reconoce a cada persona mayor como un ser único, con historia, valores, preferencias y capacidades que deben ser

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 25 de 110

respetados y considerados en todas las decisiones relacionadas con su cuidado[60]. Esto implica que el plan de acompañamiento no se elabora para la persona, sino con ella, promoviendo una relación horizontal entre el equipo interdisciplinario y la persona mayor, donde esta última tiene un rol activo en la definición de sus metas, necesidades y prioridades. Por su parte, el enfoque ICOPE, promovido por la Organización Mundial de la Salud, refuerza la necesidad de una atención integral que articule dimensiones físicas, cognitivas, psicológicas y sociales, y que se oriente hacia la recuperación y preservación de la capacidad funcional. En este sentido, el plan de acompañamiento individual se convierte en un instrumento dinámico que articula las valoraciones e intervenciones del equipo interdisciplinario con los deseos y expectativas de la persona mayor, asegurando una atención pertinente, coordinada y centrada en su bien-estar, promoviendo así una mayor adherencia a los procesos de cuidado y autocuidado y una mejora sostenida en su calidad de vida.

Para el Plan de acompañamiento Individual se debe tener en cuenta:

- Incluir a la persona mayor desde el inicio: construir el plan de manera participativa, reconociendo su historia de vida, preferencias, capacidades y metas personales.
- Realizar la valoración inicial: de tal forma que se pueda identificar condiciones de salud física, mental, funcional, emocional y social, en línea con el enfoque ICOPE.
- Definir metas claras y personalizadas: establecer objetivos realistas, medibles y significativos para la persona mayor, promoviendo su autonomía y bienestar.
- Coordinar acciones interdisciplinarias e interinstitucionales: asegurar la participación activa de todo el talento humano vinculado al servicio de atención sociosanitaria transitoria, promoviendo el trabajo articulado entre los diferentes roles y áreas. Asimismo, se deben considerar las recomendaciones y sugerencias de los equipos de salud externos que realizan intervenciones con las personas mayores, con el fin de garantizar una atención integral, continua y coherente con sus necesidades específicas.
- Actualizar el plan periódicamente: hacer ajustes razonables según los cambios de la persona mayor, resultados de seguimiento o decisiones compartidas con ella.
- Garantizar su disponibilidad y consulta: mantener el plan de acompañamiento individual en formato físico y digital, accesible para el equipo y actualizado conforme a los avances en el acompañamiento.
- Monitorear y reportar avances: realizar informes de seguimiento trimestrales y mantener un registro de actividades e intervenciones, logros y ajustes, fomentando la mejora continua.

5.1.2. Ejes y líneas de atención del servicio de atención sociosanitaria transitoria

La atención sociosanitaria transitoria se estructura a partir de tres ejes de atención, que a su vez se desarrollan mediante un total de nueve líneas de atención. A continuación, se

[60] Martínez Rodríguez, T. (2023). Aplicar y evaluar la atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: el modelo ACP-gerontología. *HEALTH, AGING & END OF LIFE*, *3*(1), 9–33. Recuperado a partir de https://reunido.uniovi.es/index.php/hael/article/view/20373 Pág. 15.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 26 de 110

presentará cada uno de estos ejes junto con sus respectivas líneas, integrando el marco conceptual que los sustenta, así como la descripción operativa correspondiente. Para cada línea, se detallarán las actividades específicas que deben llevarse a cabo, su periodicidad, y los entregables requeridos que permitan evidenciar su implementación y seguimiento dentro del servicio por parte del asociado.

Tabla 1. Ejes y líneas de atención del servicio de atención sociosanitaria transitoria

Eje	Líneas de atención
Acciones Cotidianas	Fortalecimiento del autocuidado
	Rutinas diarias adaptadas
	Recuperación y mantenimiento
Prácticas de Cuidado	Promoción, seguimiento y cuidado de la salud
	Mantenimiento de la salud
	Bienestar individual y colectivo
Tránsitos acompañados	Acompañamiento psicogerontológico
	Resignificación y fortalecimiento relacional
	Elaboración y gestión de planes de egreso individualizados

Fuente: Servicio de atención sociosanitaria transitoria – Subdirección para la Vejez.

5.1.2.1. Eje Acciones cotidianas

El objetivo de este eje es orientar las acciones del servicio de atención sociosanitaria transitoria que promuevan el fortalecimiento del autocuidado y el mantenimiento de la autonomía funcional de las personas mayores, como parte de su proceso integral de atención. Estas acciones se enmarcan en la recuperación de su independencia para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la adopción y sostenimiento de hábitos de vida saludables, así como la adaptación progresiva al entorno institucional. Asimismo, este eje busca favorecer la adherencia a los tratamientos de salud instaurados, contribuir a la prevención y mitigación de factores de riesgo, y reducir el avance hacia niveles más altos de dependencia, con el propósito de proteger y mejorar su bienestar físico, emocional y social.

Para el logro de estos propósitos, se implementarán estrategias tanto individuales como grupales, estructuradas en tres líneas de atención: fortalecimiento del autocuidado, rutinas diarias adaptadas y recuperación y mantenimiento funcional. Estas líneas no sólo promueven el bienestar integral y el desarrollo de habilidades adaptativas en las personas mayores, sino que también están fundamentadas en dos enfoques clave que orientan su diseño y ejecución: el Enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP), que reconoce la singularidad, autonomía y trayectoria de vida de cada persona mayor; y el Enfoque de Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE), que propone una atención continua, coordinada e interdisciplinaria basada en la evaluación de la capacidad intrínseca, el entorno y el funcionamiento global de las personas mayores.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 27 de 110

1) Línea de atención fortalecimiento del autocuidado:

En esta línea de atención, el punto de partida debe ser el reconocimiento de las particularidades de cada persona mayor, considerando sus diagnósticos y condiciones de salud, así como las implicaciones derivadas de la situación de abandono hospitalario, social y modalidades de la cual proviene, la cual pudo haber afectado significativamente su nivel de autonomía e independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. En este sentido, y en concordancia con el Enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP), se requiere que el equipo interdisciplinario del servicio de atención sociosanitaria transitoria realice un abordaje integral, sensible y contextualizado, que considere los recursos personales, sociales y emocionales con los que la persona mayor enfrenta su proceso de envejecimiento, así como la etapa vital en la que se encuentra. Desde el momento del ingreso, la persona mayor debe ser concebida como un sujeto activo, con agencia y capacidad de decisión, cuyas experiencias, deseos y trayectorias deben guiar el diseño de las intervenciones por parte del equipo interdisciplinario[61].

Esta línea de atención, además, concibe el autocuidado como *"la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud y para prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial"*[62]. Al ser una capacidad que puede desarrollarse continuamente y de forma independiente, el autocuidado, es susceptible de ser moldeado y convertido en una práctica que se reaprende e incorpora con normalidad en la vida cotidiana y que trae consigo beneficios para las personas mayores, como son:

- Mejoras en su bienestar.
- Una percepción positiva sobre su proceso de envejecimiento.
- La vivencia de una vejez positiva.
- Fomenta la autonomía en la toma de decisiones.
- Fortalece la independencia y capacidad funcional.
- Aumento en la autoestima, autoimagen, autoconcepto y, por ende, el empoderamiento de la población mayor.
- Reduce la carga de los sistemas de salud y sociales.
- Contribuye a la cobertura sanitaria universal (CSU), que consiste en que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud de calidad que necesiten, cuando y donde los necesiten. Incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos[63].
- Contribuye al avance y cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible[64].

---

61 Álvarez Carneros, C. (2024). La Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner. 24-05-2025. https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner

62 Organización Mundial de la Salud OMS (2024). Autocuidado para la salud y el bienestar. Consultado el 23-05-2025, en: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being

63 Organización Mundial de la Salud OMS (2025). Cobertura sanitaria universal. 24-05-2025. https://www.who.int/es/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

64 Organización de las Naciones Unidas ONU (2015). Objetivos de desarrollo sostenible. Consultado el día 23-05-2025, en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 28 de 110

Para dar cumplimiento a la línea de atención fortalecimiento del autocuidado, el asociado, a través del equipo interdisciplinario del servicio de atención sociosanitaria transitoria, llevará a cabo las siguientes actividades:

Tabla 2. Actividades operativas para el fortalecimiento del autocuidado

TEMATICA / ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCION INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Valoración inicial.	Conocer de forma integral la condición de salud de la persona mayor al ingreso al servicio, como base para una atención centrada en la persona.	Individual: Implementación por el profesional de enfermería, nutrición, fisioterapia, gerontología, psicología y trabajo social para el 100% de la población mayor durante los primeros 15 días hábiles del ingreso al servicio o cuando se necesite, ante un cambio en la condición de la persona mayor.	Formato valoración funcional integral (FOR-PSS-575).
Plan de acompañamiento individual.	Diseñar, implementar y hacer seguimiento a las acciones y actividades individuales y grupales, basadas en la valoración integral y el estado de salud de cada persona mayor, desde una atención centrada en la persona.	Individual: Los profesionales en enfermería, nutrición, fisioterapia, gerontología, psicología y trabajo social deben elaborar un plan de acompañamiento individual para el 100% de la población mayor, durante el primer mes de ingreso a la unidad operativa. **Nota:** el seguimiento y evaluación al plan de acompañamiento individual estará a cargo de los profesionales en enfermería, nutrición y fisioterapia. Esta actividad está descrita en la línea de atención 3: recuperación y mantenimiento.	Formato plan de acompañamiento individual: fase de elaboración (formato no controlado).
Acompañamiento a las rutinas diarias y condición de salud.	Garantizar la implementación oportuna y de calidad de las acciones definidas en el Protocolo de Cuidados para la Persona Mayor, conforme a los lineamientos de la Subdirección para la Vejez.	Individual: Implementación permanente y diaria por parte del equipo auxiliar de enfermería al 100% de la población mayor.	Formato Registro diario actividades de cuidado para la Salud (FOR-PSS-143).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 29 de 110

	Registrar la condición de la persona mayor, las novedades presentadas durante los tiempos de atención de enfermería, los cuidados particulares requeridos y el seguimiento a la condición de salud, permitiendo el acompañamiento permanente a la condición de la persona mayor.		
Ambientación.	Crear espacios de atención que promuevan ambientes de calma, relajación y adaptados a las condiciones de la población mayor atendida.	Grupal: Implementación durante la primera semana de cada mes y en fechas especiales por el tallerista, para el 100% de la población mayor.	Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).
Habilidades para el desarrollo de habilidades motrices, cognoscitivas y sensoperceptivas.	Propender por la adopción y fortalecimiento de habilidades motoras, cognoscitivas y sensoperceptivas en la persona mayor, que permita la práctica del autocuidado, a través de espacios de aprendizaje con talleres lúdicos recreativos y deportivos.	Individual: El profesional en fisioterapia debe realizar intervenciones individuales semanales, con la población mayor que requiere el fortalecimiento de una habilidad motriz y sensoperceptiva. Grupal: Se deben implementar una intervención grupal cada quince días, trabajando por bina entre el profesional y el tallerista. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 20 – Máximo 30 participantes.	Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato plan de acompañamiento individual: fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 30 de 110

Autocuidado de la salud mental.	Realizar sesiones de estimulación sensorial y encuentros sobre manejo de emociones, que propendan por el cuidado y regulación emocional de la población atendida, a través de talleres de relajación, musicoterapia, aromaterapia y meditación.	Individual: El equipo psicosocial y gerontológico debe realizar seguimientos individuales mensuales a las personas mayores que lo requieran, de acuerdo con las alertas reportadas por el equipo de trabajo del centro. Grupal: El equipo interdisciplinario del servicio debe implementar como mínimo un (1) encuentro grupal quincenal. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 10 – Máximo 20 participantes.	Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato plan de acompañamiento individual: fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).
Capacidad funcional y capacidad intrínseca	Abordar las condiciones prioritarias que presentan las personas mayores y se asocian con una disminución de la capacidad intrínseca en los siguientes dominios: capacidad locomotriz, auditiva, visual, vitalidad, y cognitiva), minimizando sus factores de riesgo y el impacto en la enfermedad, a través del autocuidado.	Individual: A partir de la valoración inicial realizada por el profesional en fisioterapia, debe realizar intervenciones individuales semanales a las personas mayores que lo requieran, de acuerdo con las alertas reportadas por el equipo de trabajo del centro. Grupal: Se debe implementar como mínimo un (1) encuentro grupal a la semana y promover la realización de actividad física diaria mínimo durante 30 minutos, con el apoyo del tallerista y equipo auxiliar de enfermería. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 10 – Máximo 20 participantes.	Formato plan de acompañamiento individual: fase de elaboración y fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato Consentimiento informado rechazo de la atención (FOR-PSS-584) (cuando aplique).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 31 de 110

			Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).
		Grupal: Con la valoración inicial hecha por los profesionales en psicología y gerontología, el tallerista debe apoyar la implementación con estos profesionales de un (1) encuentro grupal semanal de estimulación y mantenimiento cognoscitivo. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 10 – Máximo 20 participantes.	Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).

Fuente: Elaboración Subdirección para la Vejez

2) Línea de atención rutinas diarias adaptadas:

El establecimiento de rutinas diarias adaptadas, entendidas como la realización de comportamientos repetitivos y estructurados según las condiciones de salud, capacidades funcionales y contexto psicosocial de cada persona mayor, constituye una estrategia fundamental para fortalecer su autonomía y funcionalidad en la vida cotidiana. Desde el servicio de atención sociosanitaria transitoria, el asociado debe garantizar el diseño e implementación de actividades que favorezcan el bienestar físico, emocional y social, a través del acompañamiento y la orientación en las tareas de la vida diaria y las actividades instrumentales, promoviendo así su participación activa y sostenida.

Estas acciones tienen como propósito reforzar habilidades sociales, hábitos de autocuidado, modelos de interacción positiva y sentido de corresponsabilidad, en coherencia con el reconocimiento de los derechos, la dignidad y el rol activo de las personas mayores dentro del entorno institucional. En especial, se busca facilitar el tránsito de una situación de dependencia —derivada de una estancia hospitalaria o contexto de abandono— hacia una experiencia cotidiana que favorezca la toma de decisiones autónoma, el ejercicio de la voluntad y la progresiva independencia funcional.

Para lograrlo, esta línea de atención incluye procesos pedagógicos basados en herramientas gerontagógicas, que favorezcan el aprendizaje significativo y la adquisición de recursos adaptativos y convivenciales. Estas herramientas deben contribuir al

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 32 de 110

fortalecimiento del sentido de agencia y responsabilidad en la persona mayor respecto a su propio proceso de atención, mejorando su capacidad de adaptación al entorno institucional y promoviendo su bienestar integral.

Tabla 3. Actividades operativas para las rutinas diarias adaptadas

TEMATICA / ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCION INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Rutinas diarias adaptadas.	Promover la independencia en las personas mayores, para la realización de las actividades de la vida diaria e instrumentales, fomentando el autocuidado de su propio cuerpo y de patrones funcionales para vivir. Estas actividades abarcan el acompañamiento y supervisión para el fortalecimiento de las destrezas de la persona para bañarse, vestirse, alimentarse, la higiene del baño, asearse, movilidad funcional, manejar dinero, contestar el teléfono, tender la cama, organizar su espacio habitacional.	Individual: El equipo auxiliar de enfermería debe realizar acompañamiento individual permanente a las personas mayores que tengan compromiso en su capacidad funcional, limitando la realización de las actividades de la vida diaria, y con el apoyo del equipo interdisciplinario implementar una rutina diaria.	Formato Registro diario actividades de cuidado para la Salud (FOR-PSS-143). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato plan de acompañamiento individual: fase de elaboración y fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral).
		Grupal: El área de enfermería con el apoyo de fisioterapia debe implementar como mínimo un (1) encuentro grupal cada quince días, donde faciliten recursos adaptativos y el aprendizaje para la realización de las actividades básicas que estén comprometidas en la persona mayor. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 10 – Máximo 20 participantes.	Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).
Acciones para la toma de conciencia.	Desarrollar actividades con las personas mayores donde se socialicen las rutas de atención en salud	Grupal: El profesional en enfermería debe implementar un (1)	Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 33 de 110

	y los trámites para la solicitud de citas de primera vez y control, medicamentos, exámenes e imágenes de apoyo diagnóstico y esquemas de vacunación, así como sus derechos y deberes en los servicios de salud, en pro del mantenimiento de su autonomía al egreso del servicio.	encuentro grupal al mes donde socialicen y faciliten los recursos para el acceso a las rutas de atención en salud. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 15 – Máximo 25 participantes.	
Establecimiento de rutinas diarias.	Establecer rutinas como un patrón de comportamiento repetitivo y que proporcionan una estructura para el desarrollo personal en el entorno institucional y una vez egrese del servicio. Para el establecimiento de estas rutinas, se tendrá como base las actividades de la vida diaria e instrumentales que se identificaron y trabajaron en la temática/actividad: rutinas diarias adaptadas.	Individual: Los profesionales en enfermería, fisioterapia y nutrición deben realizar por lo menos una intervención individual mensual como mínimo al 33% de la población que lo requiere. Grupal: Este equipo debe realizar un encuentro grupal al mes. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 15 – Máximo 25 participantes.	Formato plan de acompañamiento individual: fase de elaboración y fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato seguimiento al consumo alimentario de personas mayores (FOR- PSS-581). Formato Consentimiento informado rechazo de la atención (FOR-PSS-584) (cuando aplique). Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).

Fuente: Elaboración Subdirección para la Vejez

3) Línea de atención recuperación y mantenimiento:

Para el desarrollo de esta línea de atención, es fundamental comprender la recuperación como un proceso dinámico que integra acciones intencionadas y estrategias orientadas al reentrenamiento de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como de rutinas estructuradas que han sido afectadas en la persona mayor. El objetivo principal es

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 34 de 110

alcanzar y mantener el mayor nivel posible de autonomía funcional, promoviendo así su capacidad de decisión, participación y bienestar integral en el servicio de atención sociosanitaria transitoria.

Esta línea se sustenta en el Enfoque Centrado en la Persona y fundamentalmente, en la Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE), propuesto por la Organización Mundial de la Salud, el cual centra su atención en la preservación y fortalecimiento de la capacidad intrínseca, entendida como "*la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, incluidas las psicológicas*"[65] y de la capacidad funcional resultado de "la *combinación e interacción de la capacidad intrínseca con el entorno donde habita la persona*"[66]. En este marco, la atención sociosanitaria se orienta a la identificación temprana de declives funcionales, la implementación de intervenciones centradas en las fortalezas y potencialidades de la persona mayor, y la adaptación progresiva del entorno para favorecer su funcionalidad y participación activa.

Es importante considerar que la capacidad intrínseca y la capacidad funcional tienden a disminuir con el paso del tiempo, como parte del proceso natural de envejecimiento y de la acumulación de condiciones crónicas o enfermedades subyacentes.[67] Este deterioro puede aumentar los niveles de dependencia, afectando de forma significativa la calidad de vida de las personas mayores. Por ello, las intervenciones en esta línea deben ser personalizadas, oportunas y sostenidas, con un enfoque preventivo, restaurativo y adaptativo, que articule el trabajo del equipo interdisciplinario y las redes de apoyo disponibles.

Dicho esto, algunos de los beneficios que pueden esperarse con el modelo de atención ICOPE en la recuperación y mantenimiento de las personas mayores son:

- El retraso del deterioro asociado al proceso de enfermedad.
- Aumentar el grado de independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria e instrumentales.
- Disminuir las complicaciones futuras a nivel físico y emocional.
- Incrementar la movilidad articular y la fuerza muscular.
- Preservar el grado de flexibilidad, resistencia y coordinación en el sistema osteomuscular.
- Disminuir los sentimientos de minusvalía que afectan el autoesquema.
- Favorecer la recuperación tras una lesión.

Para la consecución de los beneficios asociados a esta línea de atención, es fundamental que el operador asociado enfoque su intervención en los factores modificables que inciden directamente en la capacidad intrínseca de la persona mayor. Esto incluye el abordaje de hábitos de vida no saludables, así como de condiciones y comportamientos que afectan las enfermedades presentes. Las acciones desarrolladas deben estar orientadas a fortalecer

[65] Organización Panamericana de la Salud OPS (2020). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. P. 6.
[66] Ibíd.
[67] Ibíd., p. 7.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 35 de 110

la gestión de casos dentro del servicio de atención sociosanitaria transitoria. En este sentido, el objetivo es minimizar el deterioro de la capacidad intrínseca y contribuir a su recuperación, con énfasis en la mejora y preservación de la salud física, mental y social de la persona mayor. Lo anterior, en coherencia con el enfoque de atención integrada (ICOPE), que busca favorecer la autonomía, funcionalidad y bienestar integral de la persona mayor durante el proceso de atención en el servicio.

Tabla 4. Actividades operativas para la recuperación y mantenimiento

TEMATICA / ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCION INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Seguimiento al plan de acompañamiento individual.	Implementar actividades individuales y grupales a partir de la valoración integral y el estado de salud de cada participante, identificando sus necesidades y definiendo un plan de manejo centrado en la persona.	Individual: Los profesionales en enfermería, nutrición y fisioterapia deben hacer seguimiento trimestral al plan de acompañamiento individual para el 100% de la población mayor, revisando sus avances, dificultades y cumplimiento de objetivos.	Formato plan de acompañamiento individual: fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral).
Recuperación y mantenimiento de habilidades motrices, sensoperceptivas comunicativas, psicosociales o emocionales.	Garantizar la implementación de acciones dentro de un proceso de recuperación y mantenimiento, donde brinden a las personas mayores estrategias para: *Utilizar capacidades residuales. *Evitar complicaciones futuras a nivel motor y comunicativo. *Incrementar la movilidad articular y la fuerza muscular. *Mantener el grado de flexibilidad, resistencia y coordinación. *Disminuir los sentimientos de soledad y minusvalía asociados a su condición de salud. *Minimizar el impacto negativo de la enfermedad a nivel emocional.	Grupal: El equipo interdisciplinario debe realizar por binas un (1) encuentro quincenal con las personas mayores. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 15 – Máximo 25 participantes.	Formato Registro desarrollo de actividades (FOR-PSS-570). Formato plan de acompañamiento individual: fase de elaboración y fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Formato Consentimiento informado rechazo de la atención (FOR-PSS-584) (cuando aplique).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 36 de 110

Participar cuando sean convocados, en las reuniones con el equipo de gestión de casos de la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social, para la gestión de casos de las personas mayores.	Articular las acciones implementadas en este eje con el equipo de gestión de casos de la entidad, revisando los avances, logros y dificultades de las personas mayores, de acuerdo con su plan de acompañamiento individual y su proceso de recuperación y/o mantenimiento de la autonomía e independencia.	Grupal: El equipo interdisciplinario debe realizar una reunión a necesidad cuando el Subdirección para la Vejez lo considere pertinente.	Formato ayuda de memoria (FOR-GD0-40).

Fuente: Elaboración Subdirección para la Vejez

5.1.2.2. Eje Prácticas de Cuidado

Este eje tiene por centro las acciones, intervenciones y actividades desarrolladas desde los Equipos Básicos de Salud-EBS, de la Secretaría Distrital de Salud y de su Modelo de Atención en Salud de Bogotá, conocido como MAS Bienestar, en el marco del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Camina Segura 2024-2027[68].

Desde Salud, en el servicio de atención sociosanitaria transitoria para las personas en abandono hospitalario, social y modalidades, se contará con los Equipos +MAS Bienestar en tu hogar [69] quienes prestarán servicios individuales de salud según las necesidades particulares identificadas, esto en articulación con las acciones colectivas en salud, desarrolladas por el equipo del entorno cuidador institucional del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), además de vinculación de actores del sistema tales como aseguradores, prestadores de servicios de salud públicos y privados, entre otros. La finalidad de estas actividades es dar respuesta integral a las necesidades en salud de las personas, esto mediante la articulación de las acciones colectivas e individuales en salud que se reflejarán y tendrán seguimiento en un plan de cuidado, elaborado a partir de la identificación de sus carencias, riesgos en salud e intereses, con el fin de que la población atendida pueda ejercer sus derechos, adoptar prácticas de autocuidado en salud, conocer y acceder a las rutas integrales de atención en salud (RIAS) y mejorar la autonomía, el mencionado plan incluirá acciones de salud, asesoría y asistencia técnica dirigidas tanto a las personas, los cuidadores y a la institución.

En este contexto la "*Atención Primaria Social tiene como objetivo Mejorar el bienestar, calidad de vida y la salud de la ciudadanía de Bogotá mediante un modelo de salud basado en Atención Primaria Social".*

[68] Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar: Documento Estratégico; 2024. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Doc_estr_MAS_Bienestar.pdf [Acceso 23 de mayo de 2025].
[69] Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar-SDS antes EBEH.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 37 de 110

Cabe señalar que esta integración incluye:

> Intervenciones de gestión integral del riesgo, orientadas tanto a acciones colectivas como individuales de alta externalidad y enfocadas en la promoción y mantenimiento de la salud. Estas intervenciones abordan eventos de interés para la salud pública, beneficiando tanto a las personas institucionalizadas como a sus cuidadores. A través de planes de cuidado institucional concertados, se busca fortalecer sus capacidades para el mejoramiento del bienestar, autocuidado, cuidado mutuo y cuidado del entorno. Lo anterior, contribuye al funcionamiento armónico de la institución, promoviendo la creación de ambientes que favorezcan el desarrollo humano, la calidad de vida y el desarrollo sostenible, ya que incluye acciones diseñadas, apropiadas e implementadas bajo los enfoques poblacional, de género, diferencial, ambiental, territorial e interseccional[70].

El servicio de atención sociosanitaria transitoria se entiende como la unión de esfuerzos intersectoriales e institucionales para llevar los servicios de salud directamente a las personas en abandono hospitalario, social y modalidades. Esto representa la materialización de un modelo donde la salud se construye día a día.

Teniendo en cuenta lo anterior, el asociado permitirá y apoyará la realización de las diferentes intervenciones tanto individuales como colectivas, desarrolladas por la Secretaría Distrital de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB y los prestadores de servicios de salud básicos y complementarios. De esta forma, se facilitará una atención primaria integral y continua a la población participante del servicio en su entorno de desarrollo inmediato. Es decir, se logrará el acceso a los servicios de salud, rompiendo barreras y garantizando que las personas mayores reciban la atención que necesitan de manera oportuna, operando bajo los principios de la Atención Primaria en Salud. Desde estas intervenciones conjuntas, no sólo se proveen servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sino que también se cumplen funciones clave definidas en el Artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, buscando impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud y fortalecer el bienestar comunitario[71], en este caso en las personas mayores que participan en el servicio de atención sociosanitaria transitoria.

En este sentido, el cuidado puede ser provisto a individuos que, aunque no clasificados como dependientes, podrán presentar limitaciones parciales o totales en la satisfacción autónoma de sus necesidades básicas. Asimismo, se observa que personas con capacidad funcional y recursos pueden externalizar la provisión de cuidado, asumiendo la responsabilidad a terceros, influenciados por las estructuras de roles y expectativas sociales inherentes al sistema.

En conclusión, el eje de prácticas de cuidado es la suma de diferentes intervenciones tanto individuales como colectivas, en las que, si bien estas son lideradas por la Secretaría Distrital de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB y los prestadores de servicios de salud básicos y complementarios, exigen la participación

[70] Ibíd.
[71] Ley 1438 de 2011. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf [Acceso 23 de mayo de 2025].

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 38 de 110

directa, mediadora e incluyente por parte del talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

A continuación, se hará referencia a las 3 líneas de atención de este eje con las consiguientes acciones a desarrollar por parte del asociado:

1) Línea de atención promoción, seguimiento y cuidado de la salud

En el marco del Servicio de atención sociosanitaria transitoria, esta línea de atención hará referencia al proceso de hábitos de autocuidado en salud en las personas del servicio con una perspectiva amplia considerando diversos factores que influyen en su bienestar integral y en el mantenimiento de su salud luego de haber permanecido en instancias hospitalarias en corta, mediana o larga estancia o en situación de abandono social.

De allí la importancia de que el talento humano (el asociado) del servicio de atención sociosanitaria transitoria trabaje de forma articulada, armónica y complementaria el plan de cuidado con los Equipos +MAS Bienestar en tu hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC) y demás actores que participan en la unidad operativa. El talento humano del servicio será responsable de realizar el acompañamiento a los avances y cambios observados en las personas del servicio como resultado de dichas intervenciones, en articulación con el área correspondiente (enfermería, psicología, entre otras) e informará de manera oportuna y con los soportes que sean necesarios a los Equipos +MAS Bienestar en tu hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).

Esto permitirá contar con información actualizada y elementos prácticos sobre estos avances y cambios de las personas del servicio, en el marco de facilitar la planificación y adecuación de las acciones de cuidado en el contexto institucional por parte de los Equipos +MAS Bienestar en tu hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC) y la consiguiente participación y apoyo del talento humano (asociado) del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

Adicionalmente, el seguimiento deberá consolidarse y socializarse mediante espacios de articulación semanal entre los diferentes equipos, con el fin de compartir hallazgos, acordar acciones y garantizar la continuidad del proceso de atención.

Para las actividades relacionadas con el mantenimiento y cuidado de la salud en las personas participantes del servicio de atención sociosanitaria transitoria, se pueden clasificar una variedad de acciones estas pueden agruparse en diferentes categorías que son:

a) Acceso a las acciones individuales y uso de servicios de salud.

En el marco de la articulación entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), los Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar[72] desarrollaran valoraciones integrales en salud a la población atendida en el servicio, en el contexto de la Atención Primaria Social. Se desarrollarán acciones de definición de las

[72] Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar-SDS. Antes EBEH.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 39 de 110

atenciones a desarrollar por parte de los Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar, basados en los listados de datos y listados nominales.

En este contexto, la colaboración interdisciplinaria y la coordinación entre los diferentes profesionales son esenciales para garantizar una atención integral y de calidad. Por ello, durante la ejecución, los Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar realizarán valoraciones integrales individuales en medicina y enfermería, con enfoque biopsicosocial, e implementarán acciones colectivas adaptadas al contexto institucional. Posteriormente, se generará el plan de cuidado individual, incluyendo la emisión de órdenes médicas (laboratorio, interconsultas, tratamientos) según las necesidades identificadas. Así mismo, se programarán jornadas de control para la valoración de usuarios con condiciones que requieren seguimiento médico o que presentan datos críticos en exámenes anteriores, asegurando la trazabilidad a las órdenes. Es fundamental mencionar que el cuidado debe ser percibido como una práctica en la cual participan múltiples profesionales, como son los del área de la salud, psicosociales, administrativos, entre otros, que trabajan de manera articulada, con el propósito de favorecer el bienestar de las personas mayores que hacen parte del servicio.

Para esto, el asociado y en el marco de este convenio, debe asegurar las articulaciones que se requieran para cumplir las siguientes actividades:

- Planear seguimiento individual y grupal: fundamentadas en una evaluación del estado de salud de cada persona mayor, esta valoración y seguimiento incluye la toma de contantes vitales, cuyos registros deberán reposar en su historial social, el cual deberá ser documentado y actualizado de acuerdo con las novedades que se presenten. Por otro lado, a través de la valoración cefalocaudal de la persona mayor, se podrá realizar el Plan de Atención de Enfermería, comprendido en 5 etapas: Valoración (datos objetivos y subjetivos), diagnóstico de enfermería, planeación del cuidado, ejecución y evaluación (formato no controlado). Con los datos obtenidos durante las acciones desarrolladas se determinará la necesidad de programar citas médicas que aseguren la continuidad de la atención de la persona mayor, activar las rutas que correspondan o articularse con las intervenciones que realicen la Secretaría Distrital de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB y los prestadores de servicios de salud básicos y complementarios y el asociado.

Así mismo, el talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria deberá desarrollar actividades de promoción de la salud orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, prevenir enfermedades y preservar su autonomía e independencia. La implementación coordinada e interrelacionada de estas acciones contribuirá a un proceso de envejecimiento más saludable, activo y satisfactorio a las personas participes del servicio[73].

[73] Organización Panamericana de la Salud-OPS. REVISIÓN EXPLORATORIA: DEFINICIONES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LA OMS. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Washington D.C.: 2022. Anexo 3 [citado 2025 May 20]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586739/

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 40 de 110

Tabla 5. Actividades operativas para la promoción, seguimiento y cuidado de la salud

TEMATICA /ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCION INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Apoyo logístico y operativo para el desarrollo de intervenciones del Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Facilitar el desarrollo de las actividades coordinando la logística, los espacios y demás elementos pertinentes para el cumplimiento de la intervención. Asegurar la participación de las personas mayores en los espacios de intervención, garantizando el alistamiento y la movilización de estas en los espacios de la unidad operativa designados.	Individual y grupal: Estas intervenciones se realizarán según programación de Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar con el apoyo del equipo de enfermería y el tallerista del servicio.	Formato Registro diario actividades de cuidado para la Salud (FOR-PSS-143). Formato ayuda de memoria (FOR-GD0-40) semanal con registro fotográfico. Cronograma de actividades mensual (matriz interna del centro).
Identificación y activación de rutas de atención en salud.	Detectar las alertas y necesidades en salud de las personas mayores durante su proceso de institucionalización, para una canalización, acompañamiento y seguimiento oportuno.	Individual: Se realizará de manera permanente por parte del equipo interdisciplinario y auxiliar de enfermería de la unidad operativa, según la necesidad de atención de la persona mayor.	Formato Informativo de salud (FOR-PSS-615). Formato Canalización a servicios de salud (FOR-PSS-397). Formato Consentimiento informado rechazo de la atención (FOR-PSS-584) (cuando aplique). Formato Registro diario actividades de cuidado para la Salud (FOR-PSS-143). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor).
Seguimiento presencial a los procesos de hospitalización y trámites en salud de las personas mayores.	Apoyar y garantizar el acompañamiento y seguimiento presencial a las hospitalizaciones y demás tramites en salud cuando se requiera, teniendo en cuenta el formato informativo de salud suministrado y diligenciado previamente por el área de enfermería o el perfil profesional que corresponda, según el caso.	Individual: * *Acompañamiento a trámites de salud (citas médicas, exámenes, otros),* se realizará de manera permanente por parte del equipo de enfermería de la unidad operativa. * *Acompañamiento al servicio de urgencias y*	Formato Informativo de salud (FOR-PSS-615). Formato Acompañamiento urgencias hospitalización (FOR-PSS-806). Formato Registro diario actividades de cuidado para la Salud (FOR-PSS-143).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 41 de 110

		hospitalizaciones, cuando la persona mayor se encuentre en el servicio de urgencias y no sea admitida al área de hospitalización, este se realizará de manera permanente por parte del equipo de enfermería de la unidad operativa; una vez, esté la orden de hospitalización, el acompañamiento y seguimiento en el hospital lo hará el equipo auxiliar de enfermería mínimo cada tercer día. **Nota:** De acuerdo con la necesidad del servicio y de la persona mayor, el coordinador(a) de la unidad operativa puede designar a uno o más profesionales para realizar estos acompañamientos.	Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato plan de acompañamiento individual: fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral).
Toma de constantes vitales.	Obtener datos fisiológicos basales y continuos para evaluar el estado de salud de la persona mayor, detectar anomalías, monitorizar la respuesta a tratamientos, y servir como indicadores tempranos de deterioro o mejora.	Individual: El equipo de enfermería del servicio lo realizará diariamente.	Formato Registro constantes vitales para persona mayor (FOR-PSS-518). Formato Registro diario actividades de cuidado para la Salud (FOR-PSS-143). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato Consentimiento informado rechazo de la atención (FOR-PSS-584) (cuando aplique).
Valoración cefalocaudal de la persona mayor y diseño e implementación del plan de atención de enfermería PAE.	Realizar un examen físico sistemático y completo, de la cabeza a los pies, para identificar cualquier alteración, problema de salud, o necesidad específica que pueda afectar la calidad de vida y la autonomía de la persona mayor.	Individual: El profesional de enfermería realizará la valoración de la persona mayor durante los primeros 15 días hábiles del ingreso al servicio o cuando se necesite, ante un cambio en la condición de la persona mayor.	Formato valoración funcional integral-Valoración enfermería (FOR-PSS-575). Formato Plan de atención de enfermería PAE (formato no controlado). Formato plan de acompañamiento

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 42 de 110

	Con base en los resultados de la valoración cefalocaudal de enfermería, diseñar, implementar y hacer seguimiento al Plan de atención de enfermería PAE, fortaleciendo las acciones de promoción y seguimiento a la salud de la población atendida.	El PAE lo diseñará durante el primer mes de ingreso de la persona mayor. La periodicidad de la evaluación de los cuidados planteados en el PAE se realizará mínimo cada tres meses o antes, de acuerdo con la condición de la persona mayor.	individual: fase de elaboración (formato no controlado).
Actividades de promoción de la salud	Fomentar un envejecimiento activo y saludable, mejorar su calidad de vida en el medio institucional, prevenir enfermedades y discapacidades, y mantener la autonomía e independencia el mayor tiempo posible, teniendo en cuenta sus patologías de base, condición de salud, capacidad funcional, factores de riesgo y accidentalidad.	Individual y grupal: Los profesionales en enfermería, nutrición, y fisioterapia de la unidad operativa realizarán una (1) sesión al mes.	Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato plan de acompañamiento individual: fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Formato Registro de morbilidad, accidentalidad y mortalidad de personas mayores (formato no controlado). Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).
Administración y custodia de los medicamentos.	Garantizar que los medicamentos sean ingresados a la unidad operativa, almacenados, dispensados y utilizados de manera segura, eficaz y racional, protegiendo la salud de las personas mayores, previniendo errores, el uso indebido y la pérdida o deterioro de los fármacos.	Individual: Las actividades de ingreso, organización, almacenamiento, semaforización de medicamentos y seguimiento al proceso de abastecimiento está a cargo del técnico y/o regente de farmacia de la unidad operativa.	Formato Ingreso individual de medicamentos para persona mayor (FOR-PSS-262). Formato Kárdex de medicamentos (FOR-PSS-733). Formato Administración de medicamentos para personas mayores (FOR-

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 43 de 110

		Administración y seguimiento permanente por parte del equipo auxiliar de enfermería y profesional de enfermería.	PSS-583). Formato Consentimiento informado rechazo de la atención (FOR-PSS-584) (cuando aplique).

Fuente: Elaboración Subdirección Para la Vejez

2) Línea de atención mantenimiento de la salud

En el marco del servicio de atención sociosanitaria transitoria, esta línea de atención se orienta a promover procesos de empoderamiento que permitan a las personas mayores ejercer un mayor control sobre su salud y, en consecuencia, mejorarla. Su alcance va más allá de la mera prevención de enfermedades, ya que incorpora una visión integral que considera los múltiples factores que inciden en el bienestar físico, mental y social. Este enfoque resulta especialmente relevante para personas mayores que han estado en contextos de hospitalización, institucionalización prolongada o situaciones de abandono social, condiciones que pueden haber afectado significativamente su autonomía e independencia. En este sentido, se propicia un modelo de cuidado que involucra tanto a la persona mayor como a sus cuidadores, mediante un conjunto de intervenciones orientadas a fortalecer capacidades individuales y colectivas, favorecer la adaptación al entorno institucional y promover el mantenimiento de la salud y el bienestar integral[74].

Entre las estrategias esenciales para el mantenimiento de la salud de las personas mayores en el Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria, se destacan la promoción de la salud, el fomento de estilos de vida y hábitos saludables, la participación activa de las personas en su propio proceso de cuidado y la implementación de acciones articuladas desde un enfoque intersectorial. Estos componentes, integrados de manera coherente, son determinantes para generar impactos positivos en la calidad de vida y el bienestar integral de esta población. En este marco, resulta fundamental que el talento humano de la unidad operativa trabaje de forma articulada, armónica y complementaria con los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), los equipos de la Subred Integrada de Servicios de Salud (PSPIC), así como con los demás actores institucionales involucrados, garantizando un abordaje integral, continuo y centrado en la persona.

Para las actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud en las personas participantes del servicio de atención sociosanitaria transitoria, se pueden clasificar una variedad de acciones y comportamientos. Estas pueden agruparse en diferentes categorías, incluyendo hábitos personales, acceso y uso de servicios de salud y participación en programas de promoción y prevención implementados en la unidad operativa[75] a través de intervenciones intra e interinstitucionales.

[74] Organización Panamericana de la Salud. OPS. Promoción de la salud [Internet]. Washington D.C.: OPS; [citado 2025 May 20]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud

[75] Marín Carvajal MC, Martínez Contreras M, Rios Oliveros DS, Walteros Acero DM, Cuéllar Segura CM, Molano Builes PE, et al. Documento Operativo Entorno Cuidador Institucional [Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2024 [citado 2025 May 20]. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/Su_Institucional/Doc_oper_Inst_Dic_Jul.pdf

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 44 de 110

b) Actividades colectivas (equipo Subred Integrada de Servicios de Salud PSPIC)

El desarrollo de acciones de educación en salud orientadas al mantenimiento y cuidado de la salud de las personas mayores serán responsabilidad de un equipo conformado por profesionales del área de enfermería, psicología y terapia ocupacional[76], quienes articularán sus intervenciones mediante la implementación de un plan de cuidado integral. Este plan deberá ser construido de forma coordinada con el talento humano del servicio (asociado) y con los Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar, con el propósito de fortalecer los procesos educativos orientados al autocuidado en salud. Asimismo, se promoverá la articulación con los demás actores que participan en el entorno institucional, garantizando una intervención integral, continua y centrada en las necesidades y capacidades de las personas mayores.

Es importante definir que las acciones de promoción y prevención de la salud tienen como finalidad brindar herramientas para que las personas del servicio de atención sociosanitaria transitoria puedan obtener y mantener su autonomía, desde la educación en salud el fortalecimiento de pautas de cuidado y gestión integral de riesgos identificados, así mismo se hace énfasis en los procesos para incorporar el autocuidado en el fortaleciendo de las capacidades y habilidades de las personas, y en la adopción de una serie de acciones preventivas y de mantenimiento en salud para potenciar su bienestar integral (físico, psicológico y social).

El Plan de Cuidado, elaborado por el equipo PSPIC – Acciones Colectivas, incluirá los contenidos temáticos correspondientes. El desarrollo de los módulos propuestos en dicho plan podrá llevarse a cabo en articulación con el talento humano del Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria (asociado), asegurando su participación activa en las acciones colectivas. Lo anterior podrá concretarse de la siguiente manera:

- Fortalecimiento de acciones de educación para la autonomía de las personas dentro del servicio con énfasis en hábitos saludables que van desde la incorporación de la alimentación saludable, actividad física, salud mental y manejo de condiciones crónicas.
- Seguimiento de acciones desarrolladas en las sesiones previas con el fin de identificar elementos incorporados en la cotidianidad.
- De igual forma se realizarán acciones de gestión del riesgo de las personas que se encuentren dentro del servicio de atención sociosanitaria transitoria en articulación con el equipo intramural y/o asociado.

De acuerdo con lo anterior, el asociado deberá garantizar el acceso y desarrollo de las acciones o intervenciones individuales y grupales planeadas por los equipos de salud que asistirán periódicamente a la unidad operativa. Pero, además, deberá contribuir al mantenimiento y a la salud de las personas mayores a partir del desarrollo de las siguientes acciones:

Actividades para el desarrollo de hábitos y comportamientos de Salud:

[76] Equipo PSPIC acciones colectivas- estará en el servicio sociosanitario de lunes a viernes para el desarrollo del plan de cuidado con acciones colectivas de educación en salud.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 45 de 110

- Actividad Física: frecuencia con la que realiza acondicionamiento físico, intensidad con la que se realiza.
- Alimentación Saludable: acciones para la promoción de prácticas saludables de alimentación, nutrición y actividad física, así como el acompañamiento durante el consumo de alimentos de cada participante según el tipo de dieta establecido para cada persona mayor, de acuerdo con lo descrito en el anexo 2 de 4 “Nutrición y salubridad”.

c) Acceso y Utilización de Servicios de Salud:

Estas actividades reflejan cómo las personas mayores interactúan con el sistema general de seguridad social en salud al que pertenecen, para lo cual se realizarán actividades pedagógicas encaminadas a:

- Orientar a las personas explicando los pasos para solicitar citas médicas (iniciales y de seguimiento), obtener medicamentos, programar exámenes diagnósticos, acceder a valoraciones con especialistas y tramitar hospitalizaciones, también, se busca educar sobre los esquemas de vacunación, los derechos y deberes, y el procedimiento para la atención y traslado en situaciones de urgencia.

Tabla 6. Actividades operativas para el mantenimiento y cuidado de la salud

TEMATICA /ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCION INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Garantizar el apoyo logístico y operativo para el desarrollo de intervenciones de Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Facilitar el desarrollo de las actividades coordinando la logística, los espacios y demás equipos pertinentes para el cumplimiento de la intervención. Asegurar la participación de las personas mayores a los espacios de intervención garantizando el alistamiento y el traslado de estas.	Individual y grupal: Estas intervenciones se realizarán según programación de Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC). El perfil de la unidad operativa que acompañará esta actividad será el tallerista.	Registro fotográfico.
Realizar actividades de promoción de estilos de vida saludable.	Favorecer las intervenciones que permitan la apropiación de estilos de vida saludable.	Individual y grupal: De forma semanal, desde cada área de intervención de acuerdo con las	Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 46 de 110

		necesidades de la persona mayor.	Formato plan de acompañamiento individual: fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).
Participar cuando sean convocados, en las reuniones con el equipo de gestión de casos de la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social, para la gestión de casos de las personas mayores.	Articular las acciones implementadas en este eje con el equipo de gestión de casos de la entidad, revisando los avances, logros y dificultades de las personas mayores, de acuerdo con su plan de atención y su proceso de recuperación y/o mantenimiento de la autonomía e independencia.	Grupal: El equipo interdisciplinario debe realizar una reunión a necesidad cuando el equipo de la Subdirección para la Vejez lo considere pertinente.	Formato ayuda de memoria (FOR-GD0-40).
Diseñar e implementar actividades físicas para las personas mayores.	Promover la mejora de la fuerza muscular, la flexibilidad y el equilibrio en las personas mayores, a través de ejercicios físicos adaptados que favorezcan su movilidad, coordinación y desempeño en las actividades de la vida diaria.	Individual y grupal: Se realizará una (1) vez a la semana.	Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato plan de acompañamiento individual: fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro desarrollo de actividades (FOR-PSS-570).
Garantizar y suministrar una alimentación Saludable a las personas mayores del centro.	Proporcionar a las personas mayores los nutrientes esenciales en las cantidades adecuadas para mantener un óptimo estado de salud, prevenir enfermedades y asegurar un bienestar físico y mental a lo largo de todas las etapas de la vida.	Individual: Permanente durante la atención.	Formato plan de acompañamiento individual: fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 47 de 110

			Formato Encuesta de percepción del servicio comunidad de cuidado (FOR-PSS-584) (aplicación trimestral). Formato Consentimiento informado rechazo de la atención (FOR-PSS-584) (cuando aplique).
Diseñar e implementar actividades para fortalecer procesos de salud mental para las personas mayores.	Fomentar la autonomía de las personas mayores mediante actividades que fortalezcan su bienestar emocional, prevengan posibles trastornos mentales y mejoren su calidad de vida, promoviendo un envejecimiento activo, saludable y con mayor participación social.	Individual: Permanente durante la atención de la persona mayor, por parte del equipo interdisciplinario del servicio.	Formato plan de acompañamiento individual: fase de elaboración y fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral).
Gestionar los tramites de salud requeridos por las personas mayores de acuerdo con lo establecido por las EAPB y en el marco de las atenciones en salud, que requieran soporte, orientación y asesoría por parte del equipo interdisciplinario, con el fin de activar las rutas correspondientes, bien sea por la ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud o por alguna de las de grupo de riesgo o las que se requieran.	Facilitar el acceso oportuno a servicios y recursos del sistema de salud para las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria, mediante la gestión de trámites relacionados con medicamentos, exámenes diagnósticos, valoraciones con especialistas y hospitalizaciones, según sus necesidades identificadas.	Individual: Se realiza de manera permanente durante la atención. Sera diligenciado por el profesional en enfermería mensualmente o ante alguna necesidad.	Formato ayuda de memoria (FOR-GD0-40).

Fuente: Elaboración Subdirección Para la Vejez

3) Línea de atención bienestar individual y colectivo

Para las personas mayores participantes del servicio de atención sociosanitaria transitoria, el bienestar individual y colectivo debe percibirse como un estado positivo que impulsa las capacidades y habilidades personales y fortalece el entorno institucional. Esta línea no solo busca favorecer la autonomía y calidad de vida de las personas mayores, sino que también orienta las intervenciones del centro y permite al talento humano implementar acciones pertinentes para garantizar estos beneficios.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 48 de 110

En esta línea de atención se desarrollarán acciones de promoción y prevención en salud, orientadas a fortalecer factores protectores, mitigar riesgos y consolidar prácticas cotidianas de autocuidado y sociocuidado. Estas acciones se desarrollarán a través de tres etapas por parte de los Equipos +MAS Bienestar en tu hogar de la SDS y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC): una valoración inicial del entorno institucional y las condiciones de las personas mayores, la construcción participativa de un plan de cuidado institucional y finalmente, la implementación de acciones educativas, técnicas y comunitarias enfocadas en mejorar el estado de salud y el entorno psicosocial.

En el contexto del desarrollo de estas acciones, el asociado asume un rol activo al facilitar:

a) la caracterización e identificación de los rasgos generales de la institución, así como, de los riesgos individuales y colectivos de las personas mayores que se encuentran allí; b) el apoyo en la planeación y ejecución de las actividades realizadas por los Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC), en el marco de la construcción e implementación del plan de cuidado institucional; c) facilitar los recursos locativos y materiales, así como el acompañamiento y apoyo en la implementación de las acciones educativas, técnicas y comunitarias y su apropiación y adaptación en el medio institucional. Todo esto, sumado al suministro de la información y documentación pertinente, que facilite conocer el contexto de las personas mayores y de la institución.

Tabla 7. Actividades operativas para el bienestar individual y colectivo

TEMATICA / ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCION INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Suministrar información institucional que requiera Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC), sobre las condiciones físicas del centro de atención, los ambientes adecuados y seguros, el talento humano entre otros.	Facilitar el acceso a la información para la caracterización del entorno físico e institucional.	Grupal. A solicitud de Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Ayuda de memoria (FOR-GD-040).
Elaborar y mantener actualizada la caracterización de las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria e informar de manera oportuna al equipo intramural.	Identificar las condiciones individuales y reconocer factores protectores, condiciones de salud, riesgos psicosociales y necesidades específicas, con el fin de orientar la planeación e implementación de acciones de promoción, prevención y atención diferencial.	Grupal: Esta será diligenciada por el equipo profesional del servicio de atención sociosanitaria transitoria desde su disciplina. Actualización mensual.	Matriz caracterización (formato no contralo).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 49 de 110

Suministrar información correspondiente a la caracterización de las personas mayores que Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC) requiera.	Garantizar el acceso oportuno a la información de las personas mayores, con el fin de facilitar el proceso de caracterización adelantado por Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC), y permitir una adecuada identificación de necesidades, factores de riesgo y condiciones de salud que orienten la intervención.	Grupal: A solicitud de Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar.	Matriz de caracterización (formato no contralo).
Participar en reuniones solicitadas por Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Brindar información cualitativa sobre las dinámicas del centro y las personas mayores.	Grupal: A solicitud de Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar.	Ayuda de memoria (FOR-GD-040).
Apoyar la implementación del plan de cuidado institucional, realizado por Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Definir e implementar las acciones definidas en el plan de cuidado institucional conforme con la valoración hecha por los Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar.	Grupal: Implementación permanente.	Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570). Ayuda de memoria (FOR-GD-040).
Participar en los espacios de formación sobre prácticas de cuidado.	Fortalecer las capacidades del talento humano del centro de atención.	Grupal: A solicitud de Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Ayuda de memoria (FOR-GD-040).
Diseñar e implementar actividades para las personas mayores, de acuerdo con el plan institucional diseñado por Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Promover el bienestar individual de las personas mayores institucionalizadas.	Grupal: Se realizarán de forma semanal.	Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570). Ayuda de memoria (FOR-GD-040).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 50 de 110

Dar cumplimiento a las intervenciones a nivel individual y colectivo estipuladas por Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Ejecutar las acciones que se hayan estipulado por el equipo EBEH, para las personas mayores del centro de atención.	Grupal: A solicitud de Equipos +MAS Bienestar en tu Hogar y el y el equipo entorno cuidador institucional (PSPIC).	Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570). Ayuda de memoria (FOR-GD-040).

Fuente: Elaboración Subdirección Para la Vejez

5.1.2.3. Eje tránsitos acompañados

El eje de tránsitos acompañados se configura como la fase integradora y proyectiva del proceso de atención sociosanitaria transitoria, y toma como punto de partida los avances logrados a través de los ejes de acciones cotidianas y prácticas de cuidado, los cuales están orientados a promover la recuperación y mantenimiento de la autonomía e independencia funcional de las personas mayores mediante rutinas adaptadas y apoyo en las actividades de la vida diaria, así como al fomento de prácticas de cuidado protector que favorezcan la salud física y el bienestar emocional. A partir de estas intervenciones, se fortalecen las condiciones físicas, cognitivas y relacionales necesarias para que las personas mayores puedan afrontar un tránsito familiar, institucional o comunitario de forma segura, digna y sostenible. En este sentido, el eje de tránsitos acompañados consolida los logros alcanzados durante la estancia en el servicio, y acompaña de manera personalizada el proceso de resignificación del abandono, el fortalecimiento de la dimensión relacional, favoreciendo la identificación de redes significativas y la construcción de planes de egreso individualizados (PEI), en coherencia con los principios del enfoque centrado en la persona y la atención integrada para personas mayores (ICOPE), y en el marco de la gestión de caso del sistema sociosanitario.

El eje de tránsitos acompañados profundiza en la dimensión vincular y relacional del proceso de egreso, entendiendo que una transición institucional, comunitaria o familiar no se reduce al cambio de lugar, sino que implica una transformación emocional y relacional. A través de un acompañamiento personalizado y sostenido, se facilita la resignificación del abandono, la reconstrucción de vínculos significativos y la toma de decisiones informadas sobre el propio proyecto de vida. Este proceso se apoya en el trabajo articulado entre el equipo psicogerontológico, las redes familiares y comunitarias, y otros actores del sistema sociosanitario, con el fin de garantizar la continuidad en la atención, el fortalecimiento de la autonomía y una inclusión social que sea digna, sostenible y coherente con los principios del enfoque centrado en la persona y la atención integrada para personas mayores (ICOPE).

Así las cosas, el eje tránsitos acompañados no se concibe como una acción aislada, sino como un elemento determinante que desemboca y se integra funcionalmente en la gestión de casos del sistema sociosanitario. Esta articulación permite garantizar la continuidad del cuidado, la coordinación entre niveles de atención y la sostenibilidad de los procesos de

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 51 de 110

egreso, respondiendo a los principios de integralidad, oportunidad, pertinencia y corresponsabilidad. Desde esta perspectiva, los productos derivados de las líneas de acción del eje, como las intervenciones psicogerontológicas, la formulación del proyecto de vida, los mapeos de red y los planes de egreso individualizados, entre otros, se convierten en insumos técnicos fundamentales para activar o consolidar la gestión del caso que se determine desde el sistema sociosanitario. Esta, a su vez, puede asumir el seguimiento posterior al egreso, movilizando actores institucionales, familiares y comunitarios, y gestionando de manera personalizada la oferta de servicios sociales y de salud que respondan al proyecto de vida de la persona mayor, identificado y formulado durante su permanencia en el servicio de atención sociosanitaria transitoria.

El enfoque centrado en la persona y de atención integrada (ICOPE) refuerzan esta lógica, en tanto permiten que la gestión de casos no sea sólo una acción operativa, sino una herramienta para la autonomía asistida, la reducción de la dependencia y la inclusión activa de la persona mayor en su proceso de cuidado posterior a la experiencia del abandono hospitalario o social y modalidades. Así, la gestión de casos se convierte en la fase siguiente y sostenedora del tránsito acompañado, garantizando que los esfuerzos previos no se diluyan y que el proceso de restitución de derechos de las personas mayores se mantenga en el tiempo.

Asimismo, la articulación con la gestión de casos permite consolidar rutas de atención intersectorial y fortalecer los mecanismos de coordinación entre los diferentes actores del sistema sociosanitario y otros, como son los servicios de salud (Subredes), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las organizaciones comunitarias, los servicios de atención para personas mayores, las redes familiares y demás que se logren activar. De este modo, se asegura una respuesta integral y sostenida frente a los factores que dieron origen al abandono, promoviendo entornos protectores para la persona mayor en su nuevo contexto de vida.

En síntesis, el eje tránsitos acompañados, al integrarse con la gestión de casos, completa el ciclo de intervención sociosanitaria con una mirada de continuidad del cuidado, articulación técnica e institucional, y enfoque de derechos y de preparación, adaptabilidad y relacionalidad. Este tránsito no culmina con el egreso, sino que se convierte en una etapa clave de un proceso más amplio de inclusión, seguimiento y sostenibilidad del bienestar de las personas mayores participantes del Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria.

a) Valoración integral de la persona mayor:

La valoración integral de la persona mayor constituye el insumo principal para la construcción del plan de egreso individual, al permitir una comprensión amplia de su trayectoria de vida, condiciones de salud, factores de vulnerabilidad, vínculos significativos, capacidades y recursos disponibles. Con base en esta caracterización, se diseñan estrategias de acompañamiento psicosocial que, desde un enfoque centrado en la persona, buscan fortalecer su autonomía, autoestima y sentido de pertenencia, acompañando así su tránsito desde el ingreso hasta el egreso del servicio. La valoración integral debe realizarse

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 52 de 110

máximo al tercer día hábil del ingreso de la persona mayor al servicio e incluye, como mínimo, los siguientes aspectos:

- Situación de salud física y mental: diagnóstico clínico, condiciones crónicas, grado de dependencia funcional, adherencia a tratamientos, historial médico, estado nutricional, presencia de trastornos cognitivos. Para el caso del estado nutricional, y de no contar con esta información en la historia clínica de la persona mayor, se deberá coordinar con el profesional en nutrición del centro con el fin de acceder a la valoración nutricional hecha por éste.
- Situación familiar: existencia o ausencia de vínculos familiares, tipo de relaciones, antecedentes de abandono o maltrato, apoyos familiares disponibles, ubicación y disposición de familiares o cuidadores potenciales.
- Situación legal y documental: verificación de identidad, estado civil, verificación de documentos (cédula, EPS, régimen de afiliación en salud, predios a su nombre, sentencias judiciales, etc.), situación jurídica como tutelas, medidas de protección, entre otros.
- Situación habitacional: lugar de procedencia al momento de la situación de abandono hospitalario, social y modalidades, tipo de vivienda habitual, condiciones del entorno físico y factores de riesgo ambientales.
- Situación socioeconómica: fuentes de ingreso, subsidios, pensiones, acceso a recursos básicos, patrimonio, historial laboral u ocupacional, condiciones de independencia económica o dependencia.
- Redes de apoyo: existencia y nivel de corresponsabilidad de las redes familiares, sociales o institucionales, vínculos afectivos o cuidadores.
- Trayectoria institucional y de cuidado: historial de atención previa en hospitales, centros de protección, servicios sociales de la SDIS, hogares geriátricos u otras instituciones; condiciones de egreso o abandono; antecedentes de institucionalización o calle y tiempo de permanencia en el ámbito hospitalario.

Esta valoración debe implementarse bajo los enfoques de derechos, diferencial, de género, territorial y centrado en la persona, y debe quedar consignado en el Formato valoración funcional (FOR-PSS-575). Adicionalmente, debe servir de insumo para la planificación y las acciones que se adopten en el marco del plan de egreso individualizado.

b) Líneas de atención

El eje de tránsitos acompañados se operacionaliza a través de tres líneas de atención que orientan las acciones del equipo psicogerontológico a lo largo del proceso de acompañamiento a la persona mayor. A continuación, se describen dichas líneas y las actividades específicas asociadas a cada una.

1) Línea de acompañamiento psicogerontológico

El acompañamiento psicogerontológico, tanto individual como grupal, es una dimensión clave del proceso de atención sociosanitaria transitoria, ya que aborda las implicaciones emocionales, relacionales y personales vinculadas al ingreso, la permanencia y el egreso

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 53 de 110

de las personas mayores en el servicio. Esta línea de intervención reconoce que la experiencia del abandono no solo afecta el bienestar emocional, sino también la capacidad de las personas mayores para reconstruir un sentido de vida y proyectar un nuevo ciclo vital. Por ello, se implementan estrategias que favorecen la restauración de los lazos sociales, la expresión de vivencias y emociones, y el fortalecimiento de recursos personales y colectivos. Todo ello constituye la base para un egreso digno, sostenible y alineado con los deseos y posibilidades de cada persona mayor. El aspecto fundamental de esta línea es el tránsito resignificado de la experiencia del abandono hacia la formulación de un proyecto de vida.

En lo individual, el acompañamiento psicogerontológico se orienta a la resignificación de experiencias de abandono, la elaboración y recuperación del sentido de vida, y la reconstrucción del proyecto de vida. En lo grupal, se propician espacios de escucha, intercambio y construcción colectiva, que favorecen el apoyo mutuo, la cohesión social y el restablecimiento de vínculos protectores, el fortalecimiento del sentido de pertinencia y a la creación de lazos entre pares. Esta línea, desarrollada por el equipo psicogerontológico del servicio, constituye un componente central para la preparación de un tránsito digno, seguro y emocionalmente sostenido hacia nuevas formas de vida en contextos familiares, comunitarios o institucionales, conforme a la resolución del caso que se determine en el marco de la implementación del sistema sociosanitario.

En este sentido, los tránsitos acompañados se constituyen en un puente entre la experiencia del abandono y la posibilidad de construir un nuevo proyecto de vida, reconociendo que este paso no puede darse sin antes mirar de frente las huellas de la exclusión, la fragilidad y la desvinculación que dieron lugar al ingreso al servicio. No se trata de borrar o minimizar estas vivencias, sino de resignificarlas a través de procesos de escucha, validación y acompañamiento que permitan integrar el pasado como parte de una historia que sigue en transformación. Así, la intervención psicogerontológica busca posibilitar condiciones para que la persona mayor pueda pasar de un lugar marcado por la pérdida y el desarraigo, a uno donde se sienta acogida, reconocida y con la capacidad de imaginar un futuro posible, sostenido por vínculos significativos, cuidados dignos y decisiones propias.

Tabla 8. Actividades operativas para el acompañamiento psicogerontológico

TEMATICA / ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Encuentros de acompañamiento emocional para la resignificación del abandono.	Resignificar la experiencia del abandono y fortalecer recursos personales para el egreso. Fomentar el sentido de pertenencia, la cohesión y la creación de lazos entre pares.	Individual: Semanal por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio. Grupal:	Formato plan de acompañamiento individual: fase de elaboración y fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 54 de 110

		Quincenal, por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 20 – Máximo 30 participantes.	(Cuando haya una novedad con la persona mayor). Formato Registro del desarrollo de actividades Subdirección para la Vejez (FOR-PSS-570).
Identificación de recursos personales y sociales.	Identificar los recursos personales y sociales de la persona mayor, para la estructuración de su proyecto de vida fuera del medio institucional, fortaleciendo su autonomía en la toma de decisiones y la adaptación al cambio.	Individual: Implementación semanal por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio. Grupal: Quincenal, por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 20 – Máximo 30 participantes.	Formato plan de acompañamiento individual: fase de elaboración y fase de seguimiento y evaluación (formato no controlado) (implementación trimestral). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando haya una novedad con la persona mayor). Formato Registro del desarrollo de actividades Subdirección para la Vejez (FOR-PSS-570).
Habilidades para el desarrollo personal de habilidades comunicativas y psicosociales.	Propender por la adopción y fortalecimiento de habilidades comunicativas y psicosociales en la persona mayor, que permita su preparación para la vivencia de un proyecto de vida fuera del entorno institucional; a través de espacios de aprendizaje con talleres lúdicos recreativos y de desarrollo personal.	Grupal: Se deben implementar como mínimo 1 intervención grupal cada 15 días por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio. Cada encuentro tiene una intensidad horaria de una hora. Número de Participantes: Mínimo 20 – Máximo 30 participantes.	Cronograma mensual de actividades (matriz interna). Formato Registro del desarrollo de actividades (FOR-PSS-570). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor).
Elaboración y seguimiento al proyecto de vida.	Estructurar el proyecto de vida de la persona mayor, que sea sostenible fuera del entorno institucional, fortaleciendo su capacidad de adaptación al medio donde esté.	Individual: A partir del segundo mes de ingreso al servicio, con el acompañamiento del equipo psicosocial y gerontológico del servicio. Seguimiento quincenal.	Formato Proyecto de vida (formato no controlado). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor).

Fuente: Elaboración Subdirección para la Vejez

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 55 de 110

2) Línea resignificación y fortalecimiento relacional

La resignificación y el fortalecimiento relacional son aspectos clave en el proceso de acompañamiento a personas mayores en situación de abandono hospitalario, social y modalidades, orientados a garantizar la continuidad del cuidado más allá de su permanencia en el servicio, y a facilitar la identificación y reactivación de redes significativas. Solo a través del tránsito por este proceso de resignificación y fortalecimiento relacional se puede promover la reconstrucción y fortalecimiento de las redes sociales de personas mayores que han vivido la experiencia del abandono hospitalario, social y modalidades.

Esta línea de intervención implica mapear, identificar y reactivar los vínculos potenciales en el entorno inmediato (familiares, referentes sociales o institucionales) con el fin de restablecer relaciones afectivas y sociales que puedan asumir corresponsabilidad en el cuidado, la protección y la inclusión posterior al egreso.

Sin embargo, este proceso requiere un análisis profundo de las dinámicas relacionales y del entorno social de la persona mayor, reconociendo que muchas veces existen vínculos debilitados, interrumpidos o invisibilizados que pueden ser recuperados mediante estrategias de mediación, escucha activa y trabajo colaborativo entre los equipos profesionales, las redes identificadas y las personas mayores. En estos casos, la labor psicogerontológica no sólo apunta a identificar apoyos funcionales, sino a resignificar el abandono a través de la restauración del lazo social, recuperando la posibilidad de ser visto, acompañado y reconocido por otros.

Desde el enfoque centrado en la persona, este trabajo parte del reconocimiento de la historia, los deseos y las decisiones de cada persona mayor, promoviendo su participación activa en la identificación de figuras significativas y respetando sus preferencias sobre a quién desea incluir en su red de apoyo. La dimensión relacional, en este marco, no es un complemento, sino un elemento estructural del bienestar personal y del derecho a un tránsito digno y acompañado. La relacionalidad es la vía de resignificación del abandono. Es decir, en contextos marcados por la experiencia del abandono, es precisamente en la relacionalidad donde se encuentra la vía para resignificar la experiencia de la ruptura y comenzar a imaginar un futuro posible.

La posibilidad de reconstruir, restituir o incluso crear por primera vez lazos de confianza, afecto y pertenencia, convierte a la relacionalidad en el fundamento emergente de un nuevo proyecto de vida, en el que la persona mayor no es sólo destinataria de cuidados, sino sujeto activo en la construcción de vínculos que le devuelvan lugar, sentido y reconocimiento. Así, se pasa de la experiencia del abandono, es decir, de la ausencia de figuras significativas de apoyo, a la reconstrucción o creación de nuevas formas de relación y redes de apoyo.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 56 de 110

En coherencia con la Atención Integrada para Personas Mayores (ICOPE), se reconoce que fortalecer o reactivar vínculos protectores contribuye a reducir el aislamiento social, fomentar la participación activa en la comunidad y promover condiciones que favorecen el envejecimiento saludable. La presencia de una red afectiva y funcional permite no sólo un egreso más seguro, sino también una vida más conectada, digna y sostenida emocionalmente.

En este proceso, herramientas como el mapeo de redes y el ecomapa resultan fundamentales. Estas permiten representar, de manera gráfica y contextual, los vínculos de la persona mayor, identificar flujos de apoyo, tensiones, vacíos o recursos disponibles en su entorno. Cuando se construyen de forma participativa, no sólo cumplen un fin diagnóstico, sino también conciliador, al facilitar la reconstrucción del lugar propio y del otro en una red relacional, especialmente en personas que llegan al servicio con redes deterioradas o ausentes tras experiencias de abandono hospitalario, social y modalidades.

Además, estos insumos deben ser incorporados en la gestión de caso del sistema sociosanitario, facilitando la construcción de planes de egreso sostenibles y ajustados a cada situación. Desde el servicio de atención sociosanitaria transitoria, se debe promover activamente este proceso, generando puentes entre la persona mayor, su entorno relacional y los actores institucionales, con el fin de favorecer transiciones corresponsables, que resignifiquen el abandono vivido y permitan restituir el derecho a una vida en relación, con sentido y con cuidado.

Tabla 9. Actividades operativas para la identificación, recuperación y ampliación de redes

TEMATICA / ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCION INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Mapeo de redes significativas.	Identificar vínculos familiares, sociales o institucionales activables.	Individual: Durante el primer mes de ingreso y a necesidad por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio.	Formato ayuda de memoria (FOR-GD-040). Dentro de la ayuda de memoria, o anexa a esta, se debe agregar la gráfica del mapeo realizado.
Contacto con redes identificadas.	Restablecer comunicación con referentes significativos para la persona mayor.	Individual: A necesidad, por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio, de acuerdo con las redes.	Formato Seguimiento a llamadas (FOR-PSS-433). Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). (Cuando se presente una novedad con la persona mayor). Formato ayuda de memoria (FOR-GD-040).
Valoración relacional del caso.	Analizar el estado de las redes y su	Individual:	Formato Visita Domiciliaria (FOR-PSS-010) (cuando aplique).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 57 de 110

	disposición a asumir corresponsabilidad.	A necesidad, por parte del por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio.	Formato ayuda de memoria (FOR-GD0-40).
Entregar los insumos correspondientes y participar en las reuniones con el equipo de gestión de casos de la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social, cuando sean convocados.	Articular las acciones implementadas en este eje con el equipo de gestión de casos de la Entidad, revisando los avances, logros y dificultades de las personas mayores, de acuerdo con su plan de egreso individualizado.	Individual: A necesidad, por parte del por parte del equipo psicosocial y gerontológico del servicio. Grupal: El equipo psicosocial y gerontológico debe realizar una reunión a necesidad cuando la Subdirección para la Vejez lo considere pertinente.	Formato ayuda de memoria (FOR-GD0-40).

Fuente: Elaboración Subdirección para la Vejez.

3) <u>Línea elaboración y gestión de planes de egreso individualizados</u>

En conjunto, el eje tránsitos acompañados busca fortalecer las dimensiones psicosociales-gerontológicas y relacionales de las personas mayores mediante la resignificación del abandono y la construcción de una transición digna, segura y con sentido a un nuevo ámbito de vida. Se constituye como una práctica interdisciplinaria que combina el cuidado emocional, la reconstrucción de vínculos y la planificación estructurada del egreso, bajo los principios del enfoque centrado en la persona, la atención integrada y la garantía de derechos. Su implementación permite avanzar hacia procesos de vida más autónomos, significativos y sostenibles para las personas mayores participantes del Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria.

Para lograr lo anterior, se requiere la elaboración y gestión de planes de egreso individualizados (PEI), lo cual constituye la parte central de la tercera línea del eje de tránsitos acompañados y representa un momento clave dentro del proceso de atención sociosanitaria transitoria. Estos planes se diseñan a partir de la evaluación integral de las personas mayores que se ha realizado al momento de su ingreso, reconociendo no sólo sus condiciones de entrada, sino también sus historias de vida, trayectoria de abandono, redes afectivas y comunitarias, intereses personales y sus modos de habitar la institucionalidad a lo largo de su atención en el servicio. Esta caracterización permite construir estrategias de egreso que sean pertinentes, sostenibles y, sobre todo, coherentes con los deseos, necesidades y posibilidades reales de cada persona mayor, y en el marco de la gestión de caso del sistema sociosanitario.

La construcción de estos planes se realiza en conjunto con la persona mayor, garantizando el ejercicio de su autonomía y el reconocimiento de su capacidad de decisión. No se trata de imponer rutas de salida, sino de abrir escenarios y favorecer condiciones de posibilidad

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 58 de 110

en los que se exploren diversas alternativas, como el ingreso a servicios institucionales, el retorno al entorno familiar, la vinculación a redes comunitarias de cuidado o incluso la construcción de nuevas formas de acompañamiento. Lo importante y decisivo es que en ese plan de egreso se contemplen diferentes opciones, de manera que la persona mayor pueda trabajar en su capacidad de adaptación y en el sentido que le atribuye al nuevo panorama que se vislumbra.

En este sentido, el proceso de planificación debe ser sensible a la singularidad de cada persona, a su manera de significar el abandono. Asimismo, debe considerar su experiencia y grado de adaptación durante su permanencia en el servicio de atención sociosanitaria transitoria, reconociendo tanto los aspectos positivos como aquellos que requieren fortalecimiento o mejora. El eje busca propiciar un egreso sostenido, es decir, un tránsito que no se limite al acto administrativo de salida del servicio, sino que prepare de manera progresiva, afectiva y práctica a la persona mayor para habitar un nuevo entorno de vida. Esto implica acompañarla en el proceso de reconstrucción de redes familiares, sociales o institucionales, entendiendo que la relacionalidad es un componente estructural de su bienestar integral.

A lo largo de este proceso, se promueve el paso de la experiencia del abandono hacia la experiencia de la relacionalidad, como eje transformador del sentido de vida de la persona mayor. El trabajo no se limita a garantizar un lugar al cual ir (el cual está mediado por la resolución del caso en el marco del sistema sociosanitario), sino que busca habilitar condiciones internas y externas para el reencuentro con vínculos significativos, el fortalecimiento del sentido de pertenencia y la posibilidad de imaginarse en un entorno de cuidado y protección al corto o mediano plazo.

En este sentido, la elaboración del plan de egreso individualizado no puede pensarse como un procedimiento técnico o estandarizado, sino como un proceso armónico que toma en cuenta las condiciones físicas, emocionales, cognitivas y relacionales de cada persona mayor. El objetivo final es que este proceso culmine en un nuevo proyecto de vida acompañado, en el que la persona mayor no sólo acceda a un nuevo espacio de cuidado, sino que pueda resignificar su historia: transitar de la experiencia del abandono a la experiencia de la convivencia y el reconocimiento.

Tabla 10. Elaboración y gestión de planes de egreso individualizados

TEMATICA / ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD INTERVENCION INDIVIDUAL Y GRUPAL	ENTREGABLE
Elaboración del PEI.	Diseñar estrategias de egreso dignas, sostenibles y acordes con la voluntad de la persona mayor.	Individual: Elaboración por parte del equipo psicosocial y gerontológico, a partir del segundo mes de ingreso.	Formato Plan de Egreso Individualizado (Formato no controlado).

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 59 de 110

Preparación para el egreso.	Acompañar la transición emocional y práctica hacia el nuevo entorno.	Individual: A partir del cuarto mes de ingreso, por parte del equipo psicosocial y gerontológico.	Formato Plan de Egreso Individualizado (Formato no controlado).
Coordinación con el equipo de gestión de casos de la SDIS.	Garantizar el empalme técnico y documental con el equipo que dará continuidad al seguimiento.	Individual: A necesidad, por parte del equipo psicosocial y gerontológico.	Formato ayuda de memoria (FOR-GD-040). Formato Plan de Egreso Individualizado (Formato no controlado).

Fuente: Elaboración Subdirección para la Vejez

a) Diseño e implementación del Plan de Egreso Individualizado (PEI).

El Plan de Egreso Individualizado (PEI) es un instrumento técnico, participativo y progresivo que orienta el proceso de preparación y cierre del acompañamiento institucional brindado a las personas mayores en el Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria. Tiene como propósito garantizar que el egreso se realice de manera digna, pertinente y con condiciones mínimas de sostenibilidad, a partir de las capacidades de la persona mayor, las redes disponibles y la articulación institucional pertinente.

El PEI es elaborado por el equipo interdisciplinario (psicogerontológico) del servicio de atención sociosanitaria transitoria, con participación activa de la persona mayor, y en articulación con su red familiar, comunitaria o institucional cuando exista. Este plan es, además, el principal insumo técnico para el empalme con el equipo de gestión de casos de la SDIS cuando se vaya a realizar el egreso de la persona mayor.

El PEI se desarrolla conforme a las líneas de atención del eje de tránsitos acompañados, que comprenden:

- Acompañamiento psicogerontológico, orientado al fortalecimiento emocional y adaptativo de la persona mayor frente al egreso.
- Resignificación y fortalecimiento relacional, encaminado a lograr la identificación y reactivación de redes significativas, enfocada en el reconocimiento y contacto con referentes familiares, sociales o comunitarios que puedan brindar continuidad en el cuidado.
- Elaboración e implementación del PEI, que incluye: identificación de recursos y condiciones mínimas para el egreso, la preparación de la persona mayor y la articulación con el equipo de gestión de casos de la SDIS, necesaria para garantizar el tránsito.

Así mismo, cada PEI debe elaborarse con base en la valoración inicial y debe contener:

- Diagnóstico integral del caso.
- Identificación de recursos personales, relacionales y comunitarios disponibles.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 60 de 110

- Análisis de condiciones funcionales, emocionales, sociales y salud.
- Descripción de proyecto de vida realizado con la persona mayor.
- Acciones de preparación emocional.
- Acciones de vinculación con redes (si aplica).
- Información de contacto de las redes familiares, sociales o comunitarias identificadas.
- Recomendaciones técnicas para el equipo de gestión de casos de la SDIS.
- Cronograma y responsables de ejecución dentro del centro.

El PEI debe estar completamente diligenciado al cuarto (3) mes de atención, y constituye el principal insumo técnico para el empalme con el equipo de Gestión de Casos de la Secretaría Distrital de Integración Social.

5.2. Dinámica de convivencia institucional

La sana convivencia al interior del Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria es un elemento esencial para garantizar el bienestar emocional, la atención integral y la calidad de vida de las personas mayores participantes. La construcción de un ambiente armónico, respetuoso y libre de violencias no sólo favorece la adaptación institucional, sino que permite el fortalecimiento de vínculos, el ejercicio de derechos y la corresponsabilidad. En este marco, es fundamental resaltar que el desconocimiento o el incumplimiento reiterado del Pacto de Convivencia, que regula las relaciones y normas de la vida comunitaria, puede constituirse en motivo de egreso del servicio, en tanto afecta gravemente la armonía colectiva y la atención digna a los demás participantes.

Las acciones orientadas a la convivencia deben enfocarse en acompañar a la persona mayor en su proceso de adaptación al nuevo entorno institucional, facilitando su apropiación de los derechos y deberes que tiene frente a sus pares y a la comunidad del servicio en general. Esto implica promover la adquisición de nuevos roles y hábitos que sean coherentes con el modelo de atención integral, en un proceso constante de socialización, aprendizaje mutuo y construcción de acuerdos.

En este sentido, el asociado deberá implementar una estrategia de promoción del buen trato y prevención de violencias, que contemple mecanismos de resolución pacífica de conflictos, así como el fortalecimiento de relaciones basadas en el respeto, la solidaridad, la empatía, la escucha activa y el acogimiento mutuo. Esta estrategia debe incluir la construcción participativa, implementación y apropiación del manual de convivencia del servicio de atención sociosanitaria transitoria, como un acuerdo colectivo que oriente la vida institucional en condiciones de armonía.

El Manual de Convivencia deberá ser construido y socializado con las personas mayores durante el primer mes de ejecución del convenio, y se deberán desarrollar al menos dos (2)

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 61 de 110

actividades mensuales orientadas a su apropiación, reflexión y aplicación práctica[77]. Además, la estrategia debe prever la conformación de un Comité de Convivencia, como un espacio colectivo para el análisis y resolución de situaciones o comportamientos que alteren la vida comunitaria. Este comité estará conformado por:

- Mínimo cinco (5) personas mayores elegidas democráticamente por un período máximo de seis (6) meses, sin derecho a reelección.
- El o la coordinadora de la institución.
- Un delegado del equipo interdisciplinario del servicio.

El Comité de Convivencia se reunirá cada tres (3) meses y/o cuando las situaciones lo ameriten, con el fin de analizar hechos relevantes, proponer rutas de manejo, reforzar el pacto de convivencia y contribuir activamente a la construcción de un ambiente institucional basado en el respeto, la dignidad y la corresponsabilidad.

6. Nutrición y Salubridad

Ver Anexo Técnico *"2 de 4 Anexo Técnico Nutrición y Salubridad".*

7. Ambientes Adecuados y Seguros

Ver Anexos Técnicos *"3 de 4 Anexo Técnico Componente Ambientes Adecuados y Seguros – Atención Integral"* y *"4 de 4 Anexo Técnico Componente Ambientes Adecuados y Seguros-Espacio Físico Funcional".*

8. Gestión Administrativa

El asociado deberá tener la capacidad de gestión en la identificación, definición y logro de objetivos; control de las actividades que se desarrollen para el cumplimiento de estos; evaluación de los resultados logrados y realización de acciones de mejoramiento, dando un manejo eficiente y eficaz al uso de los recursos disponibles y cumpliendo la normativa que le sea aplicable.

8.1 Aspectos previos a tener cuenta

A partir de la firma del acta de inicio, el asociado deberá contar con los siguientes aspectos listos para el desarrollo de las actividades:

- Disposición del transporte necesario para el traslado al centro donde se va a prestar el servicio con base en el apartado servicio de transporte del anexo técnico vigente,

[77] La Subdirección para la Vejez podrá determinar el modelo o estructura del documento manual de convivencia, así como el Manual de convivencia definido para el Servicio.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 62 de 110

así mismo, de la logística necesaria para la bienvenida a las personas mayores, reconocimiento de los espacios de la unidad operativa, asignación de habitación, recepción de historias sociales y ubicación de pertenecías en el mobiliario respectivo.

- Disposición del talento humano requerido y la dotación para realizar las actividades de traslado desde su inicio hasta su finalización, de conformidad con lo establecido en el anexo técnico “3 de 4 Anexo Técnico Ambientes Adecuados y Seguros”. Para ello, deberá presentar al supervisor del convenio las hojas de vida y los soportes correspondientes que acrediten las calidades y la experiencia específica del talento humano establecido en el anexo técnico (personal mínimo requerido), antes de la firma del acta de inicio. En caso de incumplimiento por parte del asociado en la presentación de los soportes del personal antes indicado, en el plazo señalado, se procederá a la aplicación de las sanciones contractuales correspondientes.
- Socialización y fortalecimiento técnico al talento humano mínimo requerido con relación a los lineamientos, instructivos, protocolos y demás documentos técnicos para garantizar la prestación del servicio.
- Cumplimiento al protocolo traslados de las personas mayores establecido por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).
- Frente a la ficha de evaluación técnica de inmuebles – componente infraestructura y gestión predial, presentación a la supervisión la subsanación de todos los requisitos necesarios previo a la firma del acta de inicio; así mismo, deberá presentar el plan de mantenimiento preventivo y correctivo a la supervisión con el fin de garantizar que la infraestructura durante la ejecución del convenio se encuentre en óptimas condiciones para la prestación del servicio, este se llevará a cabo durante la ejecución del convenio de acuerdo con lo establecido en el Componente Ambientes Adecuados y Seguros – Espacio Físico Funcional, este puede ser modificado por la supervisión.

8.2 Desarrollo Organizacional

El asociado debe garantizar el desarrollo, funcionamiento y efectividad en las relaciones humanas dentro del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

8.3 Identidad Organizacional

El asociado debe contar al inicio del convenio con la plataforma estratégica, la cual incluye: misión, visión, objetivos, políticas, valores, estructura y aspectos relacionados con la razón de ser de la institución. De igual forma, debe contar con un aviso que contenga la imagen institucional de la Secretaría Distrital de Integración Social – Alcaldía Mayor de Bogotá, señalando el número del convenio suscrito conforme con los lineamientos de la Secretaría Distrital de Integración Social, en el que se indique, además, el nombre del servicio que se presta en la unidad operativa.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 63 de 110

8.4 Organización Institucional

El asociado debe elaborar, implementar y socializar con todo el personal los documentos que permitan el cumplimiento de la misión como servicio de atención sociosanitaria transitoria, en los que se incluyan los planes y programas básicos que deben ejecutarse. Además, que sirvan como mecanismos de regulación, control y vigilancia, a fin de garantizar la atención y la calidad en la prestación de servicios. Los documentos deben permanecer actualizados en la unidad operativa y contar con la siguiente información, la cual será verificada por el supervisor del convenio, durante la ejecución:

- Misión, visión, objetivos, principios, política de calidad y estructura organizacional
- Normativa vigente para su existencia y representación legal.
- Portafolio de servicios actualizado.
- Identificación y definición de los documentos técnicos y administrativos del servicio, los cuales se encuentran en el mapa de procesos del sistema de gestión de la SDIS y serán entregados al inicio del convenio y durante su ejecución en los casos en que se modifiquen o se creen nuevos documentos.

Así mismo, deberá contar desde el inicio del convenio con un correo electrónico al cual se enviarán todas las comunicaciones emitidas por la Subdirección para la Vejez, este correo deberá ser creado bajo el dominio Outlook y denominado de la siguiente forma SS-nombre de la unidad operativa@outlook.com.

Es obligatorio tener al alcance de la supervisión o cualquier ente de control la información y/o documentación generada en el marco de la ejecución del convenio.

8.5 Requisitos de mejoramiento continuo

El asociado debe elaborar una estrategia de seguimiento, evaluación e implementación de oportunidades de mejora para el cumplimiento de la prestación del servicio. El asociado debe elaborar e implementar una metodología de mejora continua, teniendo en cuenta las siguientes acciones:

- Contar con un buzón de sugerencias, el cual debe ser ubicado en lugar visible, debidamente señalizado y debe dar cumplimiento a los lineamientos definidos por el SIAC – Servicio Integral de Atención a la Ciudadanía de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) a los 15 días calendario posteriores a la fecha de la firma del acta de inicio. El buzón debe mantenerse durante el plazo de ejecución del convenio, la apertura de éste debe realizarse acorde al Instructivo Canales de interacción para atención a la ciudadanía (INS-ATC-001).
- Se deberá realizar jornadas pedagógicas periódicas en la que se dará a conocer el buzón de sugerencias como mecanismo democrático en donde las personas mayores, los referentes, visitantes y todas aquellas personas que asisten al centro puedan depositar sus percepciones, quejas, sugerencias, reclamos con relación a los procesos desarrollados en el centro, así mismo, se debe incentivar

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 64 de 110

permanentemente al uso del mismo.

- El asociado a través de su talento humano deberá dar insumos de respuesta a las solicitudes, quejas, reclamos o sugerencias enviadas, garantizando la respuesta oportuna.
- Con el fin de realizar una evaluación del servicio en el marco de un proceso de mejora continua, el asociado trimestralmente aplicará una encuesta de satisfacción al 100% de los participantes que se encuentren en la capacidad de responderla, en los casos en que no se aplique, el asociado deberá reportar el motivo en el Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224). Así mismo, deberá enviar un informe a la supervisión del convenio y al equipo técnico del servicio, consolidando la información obtenida junto con las acciones preventivas, correctivas y de mejora a que haya lugar.

Las acciones preventivas y correctivas, así como las oportunidades de mejora deben ser socializadas, publicadas y hacer seguimiento de acuerdo con los plazos establecidos para su cumplimiento que incluya la autoevaluación, evaluación y seguimiento de la prestación del servicio, teniendo en cuenta lo solicitado para la mejora continua e identificando, valorando, determinando y haciendo seguimiento a los riesgos inherentes al servicio. En caso de evidenciarse por parte de la Supervisión alguna acción que afecte la prestación del Servicio, el asociado deberá presentar una propuesta de mejoramiento continuo; realizando los ajustes que le sean solicitados por esta instancia.

9. Talento Humano

El asociado debe contar, durante la ejecución del convenio, con el talento humano mínimo señalado en el presente anexo y que tenga las especificidades requeridas respecto a perfil y experiencia. Además, el asociado deberá comprobar los estudios realizados por el talento humano (si aplica) y la experiencia referida en las hojas de vida, de acuerdo con el cargo, teniendo en cuenta que la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) debe verificar el cumplimiento de los requisitos de cantidad, estudios y experiencia del personal solicitados en el numeral 9.3. Organización del Talento Humano del presente anexo técnico.

9.1. Gestión del Talento Humano

El asociado debe garantizar desde el inicio de ejecución del convenio la totalidad del talento humano señalado en el presente anexo, con las especificaciones requeridas respecto a perfil y experiencia.

Además, el asociado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El servicio de atención sociosanitaria transitoria debe contar con un documento que contenga la estructura organizacional del talento humano.
- Garantizar durante la ejecución del convenio el talento humano mínimo requerido para la prestación del servicio, en caso de que el asociado quiera tener más personas idóneas puede hacerlo, sin embargo, sólo será reconocido el talento humano establecido en el anexo técnico.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 65 de 110

- En caso de una ausencia por fuerza mayor o no prevista del personal, el asociado debe estar en capacidad de suplir dicha ausencia de manera inmediata y se debe informar al supervisor del convenio de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). En máximo dos (2) días hábiles el asociado debe solucionar de manera definitiva, ya sea por medio de un cambio de personal o el reintegro del personal ausente. La persona que reemplaza deberá cumplir o superar los requisitos de las personas inicialmente ofrecidas y su vinculación al convenio.
- El asociado deberá garantizar que el talento humano cumpla con los requisitos de dedicación, formación y experiencia establecido. En caso de incumplimiento la Supervisión procederá a hacer los descuentos a que haya lugar.
- El asociado deberá garantizar que todo el talento humano tenga conocimiento del presente anexo técnico y demás documentos asociados a este servicio social. Del mismo modo, en la ocasión de reemplazos de talento humano, se deberá garantizar el conocimiento y capacidad de conocimiento de la información mencionada anteriormente.

9.2. Condiciones Generales del Componente de Talento Humano.

- La supervisión del convenio tendrá la facultad de solicitar el cambio de talento humano cuando lo considere pertinente y se encuentre debidamente justificado, y el asociado desarrollará el debido proceso en un máximo de cinco (5) días hábiles para realizar dichas acciones.
- El asociado contará con un cronograma al inicio de cada mes de ejecución, este debe dar cuenta de las actividades que se desarrollarán en el mes siguiente sobre las actividades y distribución de tiempos del talento humano en la atención que se requiere, este cronograma deberá ser entregado a la supervisión del convenio durante la semana anterior del inicio del mes; y la supervisión podrá realizar observaciones, para que se ajuste en un término de un día.
- El asociado deberá garantizar la rotación de todo el talento humano, con un (1) día de descanso cada ocho (8) días. Esto se realizará a través de un cronograma de tiempos de atención, que incluya un tiempo de atención para emergencia ante posibles eventualidades para la prestación de los turnos asignados.
- El asociado tendrá autonomía para distribuir el talento humano garantizando la atención por parte de los profesionales, técnicos, auxiliares de enfermería, servicios generales y manipuladores de alimentos de domingo a domingo.
- El asociado deberá garantizar los fines de semana la atención telefónica y presencial para la atención oportuna de las novedades que se presenten en el centro.
- Los operarios de cocina por ningún motivo podrán hacer reemplazos para cubrir obligaciones propias de servicios generales. A su vez, los auxiliares de servicios generales cuando reemplacen operarios-as de cocina realizarán exclusivamente tareas de apoyo.
- Cuando haya cambio de profesionales, el asociado deberá garantizar un adecuado empalme entre el saliente y entrante con el fin de no interrumpir la atención de las personas mayores ni la prestación del servicio, este proceso deberá estar debidamente documentado y será revisado la supervisión cuando se presente el

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 66 de 110

caso.

- A partir de la fecha de la firma del acta de inicio y máximo a los tres (3) meses de ejecución, todo el personal contratado debe contar con constancia de participación en formación para la atención de emergencias, primer respondiente[78].
- El personal que intervenga directa o indirectamente en la manipulación, preparación y distribución de alimentos y de servicios generales, debe contar además con los siguientes documentos:
  - Certificado en educación sanitaria en manejo adecuado de alimentos y con vigencia no superior a un (1) año, emitido por las Empresas Sociales del Estado – ESE, capacitadores externos o profesionales certificados por la Secretaría de Salud que cumplan con los requisitos establecidos en la normativa vigente.
  - Exámenes de laboratorio con énfasis en vías respiratorias, piel y uñas.
  - Certificado médico donde conste la aptitud de la persona "para manipular alimentos", éste será expedido según los resultados de los exámenes de laboratorio.
- Se deberá garantizar que en el archivo del Servicio de Atención Sociosanitaria transitoria permanezcan los siguientes documentos del talento humano contratado, teniendo en cuenta que los documentos deben ser legibles y presentarse en PDF y no en formato JPG:

  - Hoja de vida actualizada y que coincida con las certificaciones presentadas.
  - Fotocopia de cédula de ciudadanía legible.
  - Fotocopia de certificados académicos que acrediten los estudios, en caso de que aplique.
  - Fotocopia de certificados de experiencia laboral y/o profesional, de acuerdo con el cargo.
  - Certificados de antecedentes judiciales, no superior a tres (3) meses, descargado de la página y con los logos.
  - Certificado de boletín de responsables fiscales contraloría, no superior a tres (3) meses, descargado de la página y con los logos.
  - Certificado de antecedentes disciplinarios procuraduría, no superior a tres (3) meses.
  - Certificado de antecedentes disciplinarios personería, no superior a tres (3) meses.
  - Consulta Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, no superior a tres (3) meses.
  - Afiliación al Sistema de Seguridad Social.
  - Para los-as operarios-as de cocina:
    - Certificado de manipulación de alimentos con vigencia de un año, o lo estipulado en la Resolución 2674 de 2013.
    - Exámenes de laboratorio con énfasis en vías respiratorias, piel y uñas.
    - Certificado médico donde conste la aptitud de la persona "para manipular

[78] La información relacionada con el curso puede ampliarse en la página de la Secretaría Distrital de Salud: http://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/Paginas/primer_respondiente.aspx

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 67 de 110

alimentos", éste será expedido según los resultados de los exámenes de laboratorio. Por ende, es el médico quien debe realizar dicha evaluación y emitir el concepto respectivo, no superior al año, igualmente lo laboratorios deberán ser renovados anualmente.

- Libreta Militar (Si aplica).
- Tarjeta profesional, técnico o tecnológico (Si aplica).
- Para el caso de los perfiles que aplican en el área de la salud, contar con la inscripción en el RETHUS.
- Todo el talento humano debe contar con el Registro Único Tributario (RUT) actualizado, por lo menos 1 actividad debe estar relacionada con sus funciones u obligaciones en el marco del convenio.
- Tener la resolución en salud que emite la entidad competente donde el personal se encuentra autorizado para el ejercicio área de la salud.

Así mismo, se aclara lo siguiente:

- No son válidas las certificaciones de experiencia elaboradas o firmadas por el mismo profesional que presenta la hoja de vida.
- Para las certificaciones laborales en las que la fecha de expedición sea anterior a la finalización del periodo laborado, solo se tendrá en cuenta hasta la fecha en que se expide la misma.
- La experiencia laboral de los profesionales se cuenta de conformidad con lo establecido en el Decreto 019 de 2012.
- Los tiempos de trabajo para el personal auxiliar de enfermería deben realizarse dando respuesta a las necesidades de la población y a la dinámica institucional de tal manera que se garantice atención las 24 horas del día, en el marco de la ley 2101 de 2021.

9.3 Organización del talento humano

El asociado debe garantizar el talento humano mínimo requerido para la prestación del servicio de atención sociosanitaria transitoria, como se indica a continuación:

Tabla 11. Relación de talento humano para la atención de las personas mayores en 50 cupos

CARGO	No. DE PERSONAL	REQUISITOS ACADÉMICOS Y DE EXPERIENCIA
Coordinador/a	1	**Educación:** Profesional de las ciencias administrativas y/o humanas y/o sociales y/o de la salud o licenciaturas. **Experiencia:** Dos (2) años de experiencia relacionada como coordinador, gerente, líder o director de proyectos sociales con personas mayores.
Profesional en Nutrición	1	
Profesional en Fisioterapia	1	

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 68 de 110

Profesional en Gerontología	1	**Educación:** Título profesional en el área. **Experiencia:** un (1) año de experiencia profesional y/o relacionada con las funciones u obligaciones.
Profesional en Trabajo Social	1	
Auxiliar de Enfermería	16	**Educación:** Certificado de Aptitud ocupacional como técnico laboral en Auxiliar de Enfermería o seis semestres de educación superior cursados y aprobados en Enfermería. **Experiencia:** Seis (6) meses de experiencia relacionada como auxiliar de enfermería.
Tallerista en artes y oficios (Auxiliar en Terapia Ocupacional)	1	**Educación:** Título de formación Técnica, Tecnológica o seis (6) Semestres de Educación Superior en artes y oficios, ciencias sociales, humanas o de salud **Experiencia:** Seis (6) meses de experiencia relacionada con pedagogía en artes y oficios
Técnico administrativo	1	**Educación:** Título de formación técnica, tecnológica o 6 semestres de educación superior cursados y aprobados en el área de ciencias administrativas y/o humanas y/o sociales. **Experiencia:** Seis (6) meses de experiencia relacionada con administrativa, oficios y/u operativos.
Técnico en Gestión ambiental	1	**Educación:** Título de formación técnica, tecnológica o 6 semestres de educación superior cursados y aprobados en el área de gestión ambiental. **Experiencia:** Seis (6) meses de experiencia relacionada con las funciones u obligaciones.
Técnico en Gestión Documental y Archivo	1	**Educación:** Título de formación técnica, tecnológica o 6 semestres de educación superior cursados y aprobados en archivo, Bibliotecología y Archivística. **Experiencia:** doce (12) meses de experiencia relacionada con las funciones u obligaciones.
Servicios generales	6	**Educación:** Bachiller. **Experiencia:** Un (1) año de experiencia laboral relacionada con las funciones u obligaciones.
Manipulador de alimentos	5	**Educación:** Bachiller, **Experiencia:** Un (1) año de experiencia relacionada en labores de manipulación de alimentos. Debe contar con la certificación en formación sanitaria, principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos.

Fuente: Servicio de atención sociosanitaria transitoria – Subdirección para la Vejez

Tabla 12. Relación de talento humano para la atención de las personas mayores en 100 cupos

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 69 de 110

CARGO	No. DE PERSONAL	REQUISITOS ACADÉMICOS Y DE EXPERIENCIA
Coordinador/a	1	**Educación:** Profesional de las ciencias administrativas y/o humanas y/o sociales y/o de la salud o licenciaturas. **Experiencia:** Dos (2) años de experiencia relacionada como coordinador, gerente, líder o director de proyectos sociales con personas mayores.
Profesional en Enfermería	1	**Educación:** Título profesional en el área. **Experiencia:** un (1) año de experiencia profesional y/o relacionada con las funciones u obligaciones.
Profesional en Nutrición	1	
Profesional en Fisioterapia	1	
Profesional en Gerontología	1	
Profesional en Trabajo Social	1	
Auxiliar de Enfermería	32	**Educación:** Certificado de Aptitud ocupacional como técnico laboral en Auxiliar de Enfermería o seis semestres de educación superior cursados y aprobados en Enfermería. **Experiencia:** Seis (6) meses de experiencia relacionada como auxiliar de enfermería.
Tallerista en artes y oficios (Auxiliar en Terapia Ocupacional)	1	**Educación:** Título de formación Técnica, Tecnológica o seis (6) Semestres de Educación Superior en artes y oficios, ciencias sociales, humanas o de salud **Experiencia:** Seis (6) meses de experiencia relacionada con pedagogía en artes y oficios
Técnico administrativo	1	**Educación:** Título de formación técnica, tecnológica o 6 semestres de educación superior cursados y aprobados en el área de ciencias administrativas y/o humanas y/o sociales. **Experiencia:** Seis (6) meses de experiencia relacionada con administrativa, oficios y/u operativos.
Técnico en Gestión ambiental	1	**Educación:** Título de formación técnica, tecnológica o 6 semestres de educación superior cursados y aprobados en el área de gestión ambiental. **Experiencia:** Seis (6) meses de experiencia relacionada con las funciones u obligaciones.
Técnico en Gestión Documental y Archivo	1	**Educación:** Título de formación técnica, tecnológica o 6 semestres de educación superior cursados y aprobados en archivo, Bibliotecología y Archivística. **Experiencia:** doce (12) meses de experiencia relacionada con las funciones u obligaciones. con las funciones u obligaciones.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 70 de 110

Servicios generales	8	**Educación:** Bachiller. **Experiencia:** Un (1) año y 6 meses de experiencia laboral relacionada con las funciones u obligaciones.
Manipulador de alimentos	7	Educación: Bachiller. Experiencia: Un (1) año y 6 meses de experiencia relacionada en labores de manipulación de alimentos. Debe contar con la certificación en formación sanitaria, principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos.

Fuente: Servicio de atención sociosanitaria transitoria – Subdirección para la Vejez.

Notas: Se podrá realizar la contratación hasta el 10% del talento humano auxiliar de enfermería, que sólo cumpla con los requisitos de estudio y no de experiencia laboral; conforme a lo previsto con el Decreto 2365 de 2019 o normativa vigente".

Respecto a las homologaciones y equivalencias se aplicará el Decreto Nacional 1083 de 2015.

Cada unidad operativa deberá organizar el talento humano por jornadas de atención que cubran los 7 días de la semana las 24 horas del día, según las obligaciones definidas para cada perfil. Igualmente, La unidad operativa debe contar con el talento humano en los diferentes tiempos de atención, garantizando la debida prestación del servicio con el talento humano suficiente.

9.4 Roles y actividades del Talento Humano para la prestación del Servicio

Coordinador(a)

1) Liderar los procesos de planeación, coordinación, organización, ejecución, control y evaluación de los procedimientos a implementar en el Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria, así como el seguimiento a los recursos humanos, físicos y materiales durante la ejecución del convenio, promoviendo un adecuado clima organizacional al interior de la unidad operativa.

2) Socializar y garantizar la implementación de todos los documentos técnicos emitidos por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) para la prestación del Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria.

3) Liderar el comité de convivencia en la unidad operativa, para el análisis y búsqueda de alternativas de solución frente a situaciones y comportamientos que afecten la convivencia y la prestación del Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria.

4) Promover jornadas de cualificación, capacitación y/o educación continuada para todo el talento humano del equipo del servicio de atención sociosanitaria transitoria que atiende a las personas mayores.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 71 de 110

5) Programar y convocar las reuniones de equipo que permitan la cualificación del personal en pro de la atención integral a las personas mayores.

6) Planear, ejecutar y hacer seguimiento a las actividades de tipo operativo y administrativo relacionados con la atención integral de la población, con calidad y oportunidad, garantizando el cumplimento de lo establecido en el Manual Operativo y el Anexo Técnico.

7) Liderar la implementación de los procedimientos para el talento humano de acuerdo con sus perfiles, los cuales deben estar documentados.

8) Asistir y participar en todas las reuniones convocadas por la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Socia l(SDIS); así como, garantizar la asistencia del talento humano a las reuniones y a las diferentes actividades convocadas por la Subdirección para la Vejez.

9) Garantizar que el cargue de la información se realice de manera clara, exacta y oportuna en el sistema misional SIRBE WEB (versión actualizada), acorde a los lineamientos presentados por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). Para esto, se deberá hacer seguimiento semanal de las actuaciones realizadas.

10) Mantener comunicación permanente con la supervisión del convenio y con el equipo técnico de la Subdirección para la Vejez y poner en conocimiento oportunamente a la Subdirección para la Vejez, todos aquellos eventos o situaciones que puedan afectar la correcta prestación del servicio o que pongan en riesgo la sana convivencia y bienestar de las personas mayores en el Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria.

11) Informar oportunamente al equipo profesional las solicitudes realizadas por el equipo técnico de la Subdirección para la Vejez y el equipo de apoyo a la supervisión.

12) Dar respuesta oportuna a las observaciones y requerimientos realizados por el supervisor del convenio, el equipo de apoyo a la supervisión y/o por el equipo técnico de la Subdirección para la Vejez.

13) Elaborar, consolidar y presentar informes relacionados con la gestión, la atención, seguimiento y demás requeridos por la Supervisión, por entidades externas y los contemplados en el presente anexo técnico, previa validación por parte de la Subdirección para la Vejez.

14) Presentar de forma oportuna y con calidad los reportes, informes y demás documentos solicitados por la Subdirección para la Vejez.

15) Disponer los mecanismos necesarios para mantener actualizada la información a nivel estadístico, financiero y de intervención por áreas.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 72 de 110

16) Hacer seguimiento a los procesos y articulaciones que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH dentro del servicio de atención sociosanitaria transitoria, relacionados con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y mantenimiento y/o recuperación de la autonomía e independencia de la población mayor atendida.

17) 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 preste convenio.

18) Coordinar los trámites correspondientes en caso de extravío de la persona mayor o ante la presencia de otros hechos fortuitos como presuntos casos de maltrato, abuso y/o muerte violenta, informando a la Subdirección para la Vejez y realizando las acciones descritas en el Protocolo de eventos cotidianos o fortuitos en el servicio de atención sociosanitaria transitoria (documento no controlado).

19) Realizar el reporte consolidado de las acciones asociadas al Protocolo Prevención y manejo adecuado de desperdicios de alimentos en el servicio de alimentación (PTC-PSS-101) en los tiempos y medios establecidos para tal fin en el presente anexo técnico, garantizando la calidad del dato.

20) Supervisar el cumplimiento de cada una de las obligaciones establecidas en el presente anexo técnico e informar oportunamente a la Subdirección para la Vejez en caso de un presunto incumplimiento.

21) Coordinar la entrega oportuna de las metas físicas e informes requeridos en el presente anexo técnico y aquellos que requiera la Subdirección para la Vejez durante la ejecución del convenio.

22) Elaborar y cargar mensualmente a la plataforma SECOP II, el informe de ejecución de la gestión adelantada debidamente aprobado por el supervisor, que evidencie el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el convenio, en las fechas establecidas.

23) Programar, convocar y participar activamente de las reuniones de equipo y actividades grupales requeridas para el cumplimiento de los anexos técnicos y estudios previos.

24) Participar de las reuniones de seguimiento para la gestión de casos de las personas mayores, convocadas por el equipo de gestión de casos de la Secretaría Distrital de Integración Social, cuando se requiera tomar decisiones con respecto a cambios en el traslado o egreso de las personas mayores, ejecutando las acciones y orientaciones frente a lo que allí se indique.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 73 de 110

25) Las demás actividades inherentes a su rol.

Profesional en Enfermería

1) Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

2) Participar desde su disciplina en la valoración inicial integral de la persona mayor, con el propósito de conocer la condición actual de salud al ingreso del servicio de atención sociosanitaria transitoria, permitiendo la creación de un plan de atención de Enfermería-PAE.

3) Diseñar, ejecutar y hacer seguimiento del Plan de Atención de Enfermería-PAE a partir de la valoración inicial integral de la persona mayor, favoreciendo la recuperación y mantenimiento de los procesos de autonomía de la población atendida.

4) Participar activamente desde su disciplina en la construcción, ejecución y seguimiento del plan de acompañamiento individual para la persona mayor, desde un abordaje interdisciplinario con todos los profesionales de la unidad operativa.

5) Diseñar con todos los profesionales del servicio de atención sociosanitaria Transitoria las estrategias y acciones para la ejecución de rutinas diarias adaptadas en las personas mayores que ingresan al servicio de atención sociosanitaria transitoria y requieran apoyo y acompañamiento para las actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), actividades lúdicas, educativas, recreativas, deportivas, culturales y demás, para la óptima prestación del servicio, siguiendo los protocolos establecidos.

6) Apoyar las actividades que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, relacionadas con la promoción de la salud, mejoras en la calidad de vida, prevención de la enfermedad y mantenimiento de la autonomía e independencia de la persona mayor.

7) Revisar, administrar y dar seguimiento a los tratamientos farmacológicos prescritos por el médico tratante a las personas mayores, así como la articulación y comunicación oportuna y permanente con el técnico y/o regente de farmacia de la unidad operativa.

8) Realizar cualificaciones mensuales a los auxiliares de enfermería y personal del centro de atención, con el fin de reforzar conocimientos sobre el cuidado holístico de las personas mayores y otras temáticas inherentes a su quehacer.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 74 de 110

9) Garantizar la toma y registro de las constantes vitales a cada persona mayor del centro de atención, permitiendo detectar valores anormales, monitorizar la respuesta a tratamientos farmacológicos que pueden afectar los signos vitales y servir como indicadores tempranos de deterioro o mejora de su estado de salud.

10) Identificar oportunamente signos de alarma que se presentan las personas mayores y garantizar la activación de rutas de acuerdo con los hallazgos encontrados, con el propósito de asegurar la continuidad de la atención a su estado de salud.

11) Participar en reuniones y espacios de articulación institucional, aportando análisis desde su disciplina, sobre la idoneidad del entorno de egreso de la persona mayor y la sostenibilidad del proceso.

12) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

13) Las demás actividades inherentes a su rol.

Profesional en Nutrición

1) Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

2) Realizar con oportunidad y calidad la valoración inicial integral a las personas mayores que ingresen al servicio de atención sociosanitaria transitoria o cuando se requiera actualizar, de acuerdo con las novedades en salud que presente la persona mayor.

3) Participar activamente desde su disciplina en la construcción, ejecución y seguimiento del plan de acompañamiento individual para la persona mayor, desde un abordaje interdisciplinario con todos los profesionales de la unidad operativa.

4) Liderar la coordinación del plan de trabajo del servicio de alimentos en conjunto con las operarias de cocina.

5) Liderar los procesos de compra, recibo, almacenamiento, preparación, distribución y servido diario de los alimentos y verificar que las cantidades adquiridas y en el servido final sean coherentes con las establecidas en los análisis cuantitativos, minuta patrón y modificaciones alimentarias requeridas.

6) Planear un ciclo de mínimo cinco (5) opciones de refrigerios para las salidas a trámites de las personas mayores, conforme a las especificaciones establecidas en

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 75 de 110

el presente anexo técnico.

7) Realizar acompañamiento a la operación del servicio de alimentación, diligenciar el formato establecido para tal fin e informar a la coordinación del centro los requerimientos observados y alertas generadas para una adecuada prestación del servicio de alimentación.

8) Adoptar el documento “Orientación Modificaciones Alimentarias” o el que haga sus veces y diligenciar con base en la minuta el formato derivación de menús de acuerdo con las patologías presentes en las personas mayores.

9) Establecer las modificaciones alimentarias requeridas por cada persona mayor determinando claramente el correspondiente plan alimentario individual el cual deberá registrar en los formatos del subcomponente de vigilancia nutricional, y socializar y publicar en el formato listado de modificaciones alimentarias por participante según lo descrito en el anexo técnico.

10) Remitir al profesional en enfermería, las canalizaciones a la Institución Prestadora de Salud (IPS) o entidades de salud correspondientes de las personas mayores con malnutrición por déficit u obesidad o en riesgo de morbi-mortalidad relacionado con alimentación y nutrición para la gestión correspondiente del trámite en salud. Para ello el asociado debe diligenciar el formato destinado para tal fin.

11) Realizar las capacitaciones y socializaciones establecidas en el anexo técnico para el componente de alimentación, nutrición y salubridad, incluyendo las definidas frente al Manual de buenas prácticas para la prevención de pérdidas y desperdicios de alimentos.

12) Diseñar, implementar y evaluar la estrategia de información educación y comunicación para la promoción de prácticas saludables de alimentación, nutrición y actividad física, conforme a las especificaciones descritas en el anexo técnico.

13) Elaborar y enviar al referente técnico de la Subdirección para la Vejez el informe cuantitativo y cualitativo de las acciones para la promoción de prácticas saludables de alimentación, nutrición y actividad física.

14) Participar desde su competencia del equipo gestor del Plan de Saneamiento Básico (PSB).

15) Participar en reuniones y espacios de articulación institucional, aportando análisis desde su disciplina, sobre la idoneidad del entorno de egreso de la persona mayor y la sostenibilidad del proceso.

16) Diligenciar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 76 de 110

registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

17) Las demás actividades inherentes a su cargo.

Profesional en Fisioterapia

1) Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

2) Realizar con oportunidad y calidad la valoración inicial integral a las personas mayores que ingresen al servicio de atención sociosanitaria transitoria o cuando se requiera actualizar, de acuerdo con las novedades en salud que presente la persona mayor.

3) Participar activamente desde su disciplina en la construcción, ejecución y seguimiento del plan de acompañamiento individual para la persona mayor, desde un abordaje interdisciplinario con todos los profesionales de la unidad operativa.

4) Diseñar con todos los profesionales del servicio de atención sociosanitaria transitoria las estrategias y acciones para la ejecución de rutinas diarias adaptadas en las personas mayores que ingresan al servicio de atención sociosanitaria transitoria y requieran apoyo y acompañamiento para las actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), actividades lúdicas, educativas, recreativas, deportivas, culturales y demás, para la óptima prestación del servicio siguiendo los protocolos establecidos.

5) Implementar los protocolos y procedimientos establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social y por el servicio de atención sociosanitaria transitoria, para fomentar el autocuidado, recuperación y/o mantenimiento de la autonomía e independencia de la persona mayor, de acuerdo con las recomendaciones médicas y las orientaciones que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, para la ejecución de actividades e intervenciones de carácter físico-motor.

6) Diseñar y ejecutar estrategias de adaptación de las ayudas técnicas en las personas mayores, garantizando su distribución según las necesidades que identifique en la población mayor, y realizar el seguimiento al uso adecuado de estos elementos por parte del talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

7) Promover en las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria la realización de mínimo 30 minutos de actividad física diaria independientemente o transversal a los encuentros programados de forma mensual en el cronograma de actividades.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 77 de 110

8) Participar desde su quehacer junto con el equipo interdisciplinario del centro en el diseño e implementación de la estrategia de autocuidado en la salud mental, logrando con esta, la estimulación, desarrollo y/o mantenimiento de las funciones mentales superiores, mediante procesos educativos gerontagógicos (herramientas educativas diseñadas para la persona mayor) y la estimulación sensorial.

9) Participar en reuniones y espacios de articulación institucional, aportando análisis desde el enfoque psicosocial sobre la idoneidad del entorno de egreso y la sostenibilidad del proceso.

10) Establecer articulaciones interinstitucionales, intersectoriales y transectoriales, con instituciones privadas y públicas para el desarrollo de actividades recreativas, culturales, de promoción de la salud y aprovechamiento del tiempo libre, junto con la coordinación del centro y demás talento humano del servicio.

11) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

12) Las demás actividades inherentes a su rol.

Profesional en Gerontología

1) Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

2) Realizar con oportunidad y calidad la valoración inicial integral a las personas mayores que ingresen al servicio de atención sociosanitaria transitoria o cuando se requiera actualizar, de acuerdo con las novedades en salud que presente la persona mayor, aportando a la identificación de criterios de fragilidad y factores de su entorno, que puedan incidir en el proceso de tránsito y egreso.

3) Participar activamente desde su disciplina en la construcción del plan de acompañamiento individual para la persona mayor, desde un abordaje interdisciplinario con todos los profesionales de la unidad operativa.

4) Implementar los protocolos y procedimientos establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social y por el servicio de atención sociosanitaria transitoria, para fomentar el autocuidado, recuperación y/o mantenimiento de la autonomía e independencia de la persona mayor, de acuerdo con las recomendaciones médicas y las orientaciones que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, para la ejecución de actividades e intervenciones en la esfera psicosocial y de mantenimiento cognoscitivo.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 78 de 110

5) Participar desde su quehacer junto con el equipo interdisciplinario del centro, en el diseño e implementación de la estrategia de autocuidado en la salud mental, logrando con esta, la estimulación, desarrollo y/o mantenimiento de las funciones mentales superiores, mediante procesos educativos gerontagógicos (herramientas educativas diseñadas para la persona mayor) y la estimulación sensorial.

6) Liderar el diseño, implementación, evaluación y retroalimentación de estrategias de respiro para el cuidador, a través de articulaciones interinstitucionales, intersectoriales y transectoriales, para el desarrollo de actividades que fomenten el desarrollo personal y el bienestar físico y emocional del talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

7) Socializar y hacer seguimiento al cumplimiento del pacto de convivencia del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

8) Asegurar que los planes y acciones del tránsito respondan a los enfoques de: atención centrada en la persona y atención integrada para las personas mayores (ICOPE), promoviendo su participación activa en todas las decisiones, para el fortalecimiento de su proyecto de vida.

9) Acompañar, desde un enfoque gerontológico, los procesos de resignificación del abandono, adaptación al entorno institucional y fortalecimiento de capacidades personales para el tránsito, a través de la realización de encuentros grupales con las personas mayores.

10) Liderar el proceso de articulación y seguimiento con instituciones, redes y demás actores vinculados al proceso de egreso y pos-egreso de la persona mayor, mediante la coordinación de mesas de trabajo y/o comunicaciones concertadas con estos.

11) Contribuir desde su disciplina en la elaboración del Plan de Egreso Individualizado (PEI), articulando aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento y el proyecto de vida de la persona mayor, junto con el equipo interdisciplinario.

12) Participar en reuniones y espacios de articulación institucional, aportando análisis desde el enfoque psicosocial y gerontológico sobre la idoneidad del entorno de egreso y la sostenibilidad del proceso.

13) Coordinar el empalme técnico con el equipo de gestión de casos de la SDIS u otras entidades encargadas del seguimiento pos-egreso, asegurando transferencia de información, análisis técnico y condiciones sostenibles de cuidado y autocuidado.

14) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 79 de 110

cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

15) Las demás actividades inherentes a su rol.

Profesional en Trabajo Social

1) Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

2) Realizar con oportunidad y calidad la valoración inicial integral a las personas mayores que ingresen al servicio de atención sociosanitaria transitoria o cuando se requiera actualizar, de acuerdo con las novedades en salud que presente la persona mayor, aportando la identificación de factores relacionales y de adaptación que puedan incidir en el proceso de tránsito y egreso.

3) Participar activamente desde su disciplina en la construcción del Plan de Acompañamiento Individual para la persona mayor, desde un abordaje interdisciplinario con todos los profesionales de la unidad operativa.

4) Socializar y hacer seguimiento al cumplimiento del pacto de convivencia del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

5) Realizar el mapeo y análisis de redes familiares, comunitarias e institucionales de la persona mayor.

6) Diseñar e implementar estrategias para la identificación, reactivación y fortalecimiento de vínculos significativos, incluyendo contacto directo, visitas domiciliarias (cuando aplique) y procesos de mediación.

7) Coordinar y gestionar reuniones interinstitucionales con posibles redes de apoyo o entidades receptoras, documentando compromisos y acuerdos.

8) Apoyar las actividades con referentes familiares y sociales de las personas mayores, promoviendo el fortalecimiento de vínculos socioafectivos y la gestión de casos.

9) Contribuir desde su disciplina en la elaboración del Plan de Egreso Individualizado (PEI) articulando aspectos sociales, relacionales y comunitarios, junto con el equipo psicosocial y gerontológico del servicio.

10) Elaborar informes sociales y valoraciones relacionales de los casos para la construcción del Plan de Egreso Individualizado (PEI).

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 80 de 110

11) Hacer seguimiento a las condiciones del entorno receptor (domiciliario, institucional o comunitario) previo al egreso, mediante un análisis técnico de sostenibilidad del cuidado.

12) Participar en reuniones y espacios de articulación institucional, aportando análisis desde un enfoque social sobre la idoneidad del entorno de egreso y la sostenibilidad del proceso.

13) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

14) Las demás actividades inherentes a su rol.

Técnico Auxiliar de Enfermería

1) Realizar intervenciones de cuidado que contribuyan al bienestar y calidad de vida de las personas mayores, incentivando su autocuidado y la conservación de sus funciones, de acuerdo con las indicaciones del Equipo Básico Extramural de Hogar-EBEH de la Secretaría Distrital de Salud e intramural del servicio de atención sociosanitaria transitoria, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo.

2) Proporcionar atención de calidad y con calidez a las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria, cubriendo los tiempos de atención requeridos por el centro.

3) Apoyar a las personas mayores con sus trámites de salud, facilitando el acceso oportuno a servicios y recursos de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud- EAPB, mediante la gestión relacionada con medicamentos, exámenes diagnósticos, valoraciones con especialistas, hospitalizaciones y demás que se requieran, en apoyo del profesional de enfermería y coordinador del centro de atención.

4) Realizar la toma y registro de las constantes vitales a cada persona mayor del centro de atención, permitiendo detectar valores anormales e informar oportunamente al profesional de enfermería del centro de atención las observaciones y/o novedades encontradas.

5) Participar de forma activa en las reuniones y cualificaciones organizadas por los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, por el equipo del servicio de atención sociosanitaria transitoria y por la Subdirección para la vejez, con el fin de

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 81 de 110

apropiar la información y fortalecer las acciones brindadas durante el proceso de atención a las personas mayores.

6) Garantizar la asistencia y acompañamiento a las personas mayores en los momentos de alimentación, baño, vestuario, administración de medicamentos y demás rutinas diarias que se requieran, bajo la supervisión del profesional de enfermería de la unidad operativa.

7) Apoyar y participar de las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinario para la ejecución de rutinas diarias adaptadas en las personas mayores que ingresan al servicio de atención sociosanitaria transitoria, y requieran apoyo y acompañamiento para las actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), actividades lúdicas, educativas, recreativas, deportivas, culturales y demás, para la óptima prestación del servicio, siguiendo los protocolos establecidos.

8) Apoyar las actividades de promoción de la salud enfocadas en mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades y mantener la autonomía e independencia de la persona mayor que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH.

9) Apoyar, asistir y colaborar activamente en los diversos encuentros (reuniones, comités, cualificaciones, entre otros) que sean convocados por la coordinación de la unidad operativa. Además de difundir de manera veraz, clara y oportuna tanto las actividades como la información generada en estas instancias.

10) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

11) Las demás actividades inherentes a su rol.

Tallerista en Artes y Oficios (auxiliar en terapia ocupacional)

1) Participar desde su quehacer en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

2) Participar en la exploración, identificación y fortalecimiento de las habilidades, capacidades, intereses y gustos de las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria, facilitando la creación de acciones de autocuidado y el fomento de actividades productivas, actividades ocupacionales y de disfrute del tiempo libre.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 82 de 110

3) Apoyar activamente en la implementación y seguimiento del plan de acompañamiento individual para la persona mayor, establecido por el equipo interdisciplinario de la unidad operativa.

4) Participar desde su quehacer junto con el equipo interdisciplinario del centro en el diseño e implementación de la estrategia de autocuidado en la salud mental, logrando con esta, la estimulación, desarrollo y/o mantenimiento de las funciones mentales superiores, mediante procesos educativos gerontagógicos (herramientas educativas diseñadas para la persona mayor) y la estimulación sensorial.

5) Implementar los protocolos y procedimientos establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social y por el servicio de atención sociosanitaria transitoria, para fomentar el autocuidado, recuperación y/o mantenimiento de la autonomía e independencia de la persona mayor, de acuerdo con las recomendaciones médicas y las orientaciones que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, para la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria y funciones mentales.

6) Apoyar y participar de las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinario para la ejecución de rutinas diarias adaptadas en las personas mayores que ingresan al servicio de atención sociosanitaria transitoria, y requieran apoyo y acompañamiento para las actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), actividades lúdicas, educativas, recreativas, deportivas, culturales y demás, para la óptima prestación del servicio, siguiendo los protocolos establecidos.

7) Ambientar los espacios de atención dentro del servicio donde el talento humano de la unidad operativa y los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH realicen los encuentros grupales con las personas mayores, promoviendo ambientes de calma, relajación y adaptados a las condiciones de la población.

8) Planear, programar y ejecutar desde su quehacer las actividades artísticas, recreativas, educativas y culturales para las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria, que promuevan su recuperación y/o mantenimiento de destrezas y habilidades motrices, psicosociales, cognoscitivas y comunicativas, según habilidades, gustos, intereses y recursos.

9) Establecer articulaciones interinstitucionales, intersectoriales y transectoriales, con instituciones privadas y públicas para el desarrollo de actividades tipo artístico, recreativo y cultural, junto con la coordinación del centro.

10) Diligenciar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

11) Las demás actividades inherentes a su rol.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 83 de 110

Técnico Administrativo

1) Apoyar el desarrollo y evaluación de los programas y proyectos que en materia de capacitación y bienestar social se deban adelantar junto con la coordinación del centro, para el mejoramiento continuo y desarrollo del talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

2) Garantizar la realización de los trámites y la coordinación necesaria para la afiliación, renovación, portabilidad y/o traslado de las personas mayores al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), dentro de las fechas, el formato y los medios estipulados para tal fin.

3) Apoyar la organización y manejo de la logística que se requiera para el desarrollo de actividades educativas, sociales, culturales y demás eventos que se programen al interior de la institución para el logro de su misión y objetivos.

4) Apoyar la elaboración de los informes que le sean solicitados, dentro de los términos y plazos establecidos por la coordinación del centro, el servicio de atención sociosanitaria transitoria, la Subdirección para la Vejez u otras instituciones de seguimiento y control.

5) Llevar el registro y control de los expedientes de talento humano de los trabajadores y extrabajadores de la unidad operativa, que se encuentren en el archivo activo e inactivo de la institución, facilitando su utilización con el debido control de ingreso y salida de éstas.

6) Recepcionar, organizar, incluir y registrar en los expedientes del talento humano, los documentos que se relacionan con el personal de la institución, siguiendo la normatividad vigente establecida sobre la materia.

7) Atender y orientar a los colaboradores que soliciten información relacionada con la planeación estratégica de la institución.

8) Apoyar el cumplimiento e implementación de los procedimientos relacionados con la vinculación y evaluación de desempeño, organización de documentación del personal, apoyar la afiliación y retiro del sistema de seguridad social y cajas de compensación familiar, apoyar la búsqueda de articulaciones de programas de capacitación y bienestar social, así como el manejo y custodia de los expedientes del talento humano.

9) Responder por la organización, manejo y custodia del archivo activo de los expedientes del talento humano del centro, con la discrecionalidad y confidencialidad que el proceso demanda, dando estricta aplicación a la normatividad que establece la institución.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 84 de 110

10) Realizar seguimiento al funcionamiento operativo del servicio de atención sociosanitaria transitoria y/o estrategias a la cual sea asignado(a), a partir de la elaboración de cronogramas de las actividades y turnos de los equipos de trabajo, de manera que aporte al cumplimiento de los objetivos del centro.

11) Diligenciar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio socio sanitario, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

12) Las demás actividades inherentes a su rol.

Técnico en Gestión Ambiental

1) Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

2) Liderar la coordinación del plan de trabajo del área de gestión ambiental con todo el talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

3) Identificar y consolidar las necesidades ambientales del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

4) Socializar e implementar las políticas, planes, programas, procedimientos, instructivos, formatos y lineamientos ambientales emitidos por el área de gestión ambiental de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).

5) Direccionar al personal del servicio de atención sociosanitaria transitoria en el adecuado desarrollo de la gestión ambiental institucional en la prestación del servicio social de la Subdirección para la Vejez.

6) Adaptar e implementar los documentos de Plan de Emergencias y Contingencias PEC, Plan de Saneamiento - PS, Plan Institucional de Gestión ambiental – PIGA y Plan de Gestión Ambiental de Residuos Hospitalarios y Similares PGIRHS.

7) Promover estrategias mensualmente de divulgación y socialización en temas inherentes a la gestión ambiental dirigidos a equipo interdisciplinario, operarias de cocina, personal de servicios generales y personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

8) Liderar el Plan de Emergencias y Contingencias PEC, Plan de Saneamiento Básico-PSB, Plan Institucional de Gestión ambiental – PIGA y Plan de Gestión Ambiental de Residuos Hospitalarios y Similares PGIRHS y todas las actividades afines al tema ambiental.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 85 de 110

9) Informar oportunamente al coordinador de la institución, los daños que impiden el normal funcionamiento de instalaciones físicas, para que éstos sean arreglados o incluidos en el plan de mantenimiento correctivo en el menor tiempo posible.

10) Entregar al servicio de alimentación los insumos para dar cumplimiento al Plan de Saneamiento Básico- PSB del centro, debidamente rotulados y marcados.

11) Garantizar el diligenciamiento del Formato Control y medición de desperdicios de alimentos FOR-PSS-803 de forma diaria asegurando la calidad del dato de la información registrada.

12) Socializar al talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria, el Protocolo prevención y manejo adecuado de desperdicios de alimentos en el servicio de alimentación PTC-PSS-101.

13) Diligenciar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio socio sanitario, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

14) Las demás actividades inherentes a su rol.

Técnico en Gestión Documental y Archivo

1) Conocer e implementar la norma técnica y los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital Integración Social (SDIS) para la organización y entrega del archivo de gestión, dando cumplimiento a las etapas de clasificación, organización (clasificación, ordenación y descripción), foliación, encarpetado, levantamiento de inventarios, almacenamiento, rotulación y cumplimiento de los protocolos para las transferencias documentales.

2) Elaborar un plan de trabajo con cronograma, donde detalle las actividades a desarrollar, dando cumplimiento a los lineamientos e instructivos relacionados para la adecuada operación del Subsistema Interno de Gestión Documental y Archivo (SIGA) de los archivos a cargo en el servicio de atención sociosanitaria transitoria.

3) Mantener actualizado los 5 primeros días de cada mes el inventario documental del archivo de gestión de activos y egresos de las historias sociales de las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria, aplicando el Formato Único de inventario documental - FUID (FOR-GD-017), teniendo en cuenta la Tabla de Retención Documental de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).

4) Garantizar la implementación de formatos, protocolos, instructivos y demás documentos del servicio, oficializados en el mapa de procesos de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 86 de 110

5) Liderar la coordinación del plan de trabajo del área de gestión documental y archivo, con todo el talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

6) Socializar e implementar las políticas, planes, programas, procedimientos, instructivos, formatos y lineamientos de gestión documental y archivo emitidos por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).

7) Garantizar la conservación de los documentos en las adecuadas condiciones de seguridad y preservación de la información, implementando la normatividad vigente.

8) Gestionar y controlar la consulta y el préstamo de la documentación custodiada en el archivo, realizando el respectivo registro de los expedientes y de los documentos en préstamo en los formatos oficializados por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).

9) Desarrollar cada dos meses al menos una (1) cualificación en temas inherentes a la gestión documental, dirigidos al talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

10) Asistir a las reuniones y capacitaciones convocadas por la Subdirección para la Vejez con relación al Subsistema de Gestión Documental y Archivo SIGA.

11) Mantener absoluta reserva sobre la información y documentos a los cuales tiene acceso por razón a sus obligaciones contractuales, no sustraer o causar daño a los documentos, no eliminar documentos sin la debida autorización del supervisor del convenio.

12) Diligenciar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

13) Las demás actividades inherentes al cargo.

Servicios Generales

1) Permanecer en las diferentes áreas de la institución, debidamente uniformados incluyendo la dotación necesaria para garantizar la debida protección.

2) Cumplir con lo establecido con la normatividad vigente, además de lo descrito en el anexo técnico.

3) Conocer e implementar el Plan de Saneamiento Básico (PSB) con sus cuatro (4) programas: programa de limpieza y desinfección, programa de desechos sólidos, programa de control de plagas y el programa de abastecimiento y suministro de

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 87 de 110

agua potable.

4) Informar oportunamente al coordinador de la institución, los daños que impiden el normal funcionamiento de instalaciones físicas y equipos, para que éstos sean arreglados o incluidos en el Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo (FOR-PSS-417 y FOR-PSS-418) en el menor tiempo posible.

5) Garantizar el aseo y desinfección de todas las áreas de la institución, acorde a los procedimientos definidos en el Plan de Saneamiento Básico (PSB).

6) Garantizar la adecuada organización, separación, manejo y evacuación de los diferentes residuos sólidos y líquidos que genere la institución.
7) Implementar el protocolo para la Prevención y manejo adecuado de desperdicios de alimentos en el servicio de alimentación, en las acciones que correspondan, realizar adecuada separación de los desperdicios de alimentos y realizar el pesaje de los desperdicios generados en el descomide.

8) Realizar el lavado de la ropa de las personas mayores y de la dotación institucional utilizada en la prestación del servicio.

9) Solicitar oportunamente el suministro de los elementos necesarios para ejecutar su trabajo.

10) Las demás actividades inherentes a su rol.

Manipulador de alimentos

1) Realizar las actividades relacionadas con el recibo, almacenamiento clasificación, selección, preparación, servido y distribución de los alimentos, cumpliendo con las buenas prácticas de manufactura y la manipulación higiénica de los alimentos.

2) Preparar y distribuir los alimentos para cada una de las personas mayores dentro de los horarios establecidos para cada tiempo de comida, teniendo en cuenta el formato de derivación de menús y listado de modificaciones alimentarias definido por el-la profesional nutricionista.

3) Mantener la higiene personal y permanecer debidamente uniformado, con los elementos de dotación requeridos según lo establecido en la norma sanitaria, incluyendo los aditamentos necesarios para realizar el suministro de alimentos en adecuadas condiciones higiénicas.

4) Realizar la manipulación higiénica de los alimentos cumpliendo a cabalidad con lo establecido en la normatividad sanitaria vigente y las buenas prácticas de manufactura, según los instructivos establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).

5) Participar en la socialización del Plan de Saneamiento Básico (PSB) de la institución

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 88 de 110

e implementar, de acuerdo con su perfil, las actividades descritas en los programas de: programa de limpieza y desinfección, programa de desechos sólidos y el programa de control de plagas.

6) Informar oportunamente al profesional en nutrición del servicio de atención sociosanitaria transitoria, los daños que impiden el normal funcionamiento de instalaciones físicas y equipos (estufas, neveras, cuartos fríos, licuadoras y menaje en general), para que se realice el mantenimiento correspondiente o sean reemplazados en el menor tiempo posible, y de cualquier otra alerta que pueda afectar la correcta operación del servicio de alimentación.

7) Implementar el protocolo de Prevención y manejo adecuado de desperdicios de alimentos en el servicio de alimentación en las acciones que correspondan y realizar adecuada separación y pesaje de los desperdicios de alimentos generados en la etapa del pre-alistamiento y preparación de alimentos.

8) Solicitar oportunamente el suministro de los elementos necesarios para ejecutar su trabajo.

9) Las demás actividades inherentes al cargo.

Condiciones para la prestación del servicio

- Para la atención del personal auxiliar de enfermería, las personas mayores deben ser organizadas en grupos. Éstos, serán conformados atendiendo al número establecido en el estándar por dependencia, y serán asignados en cada tiempo de atención del centro a un mismo grupo de auxiliares de enfermería. El objetivo de esta organización es propender por la atención centrada en la persona mayor y que la misma sea individualizada; es así como cada auxiliar de enfermería debe atender el grupo de personas mayores a su cargo, de manera permanente, de acuerdo con el momento de atención programado; el auxiliar debe responder por todas las actividades propias del área (suministro de medicamentos, baño, vestido, traslado, supervisión o asistencia en alimentación y seguimiento a citas médicas, entre otras) de la población asignada.

- El asociado tendrá autonomía para distribuir el personal profesional para brindar atención los fines de semana, con el fin de garantizar de domingo a domingo la atención por el equipo profesional.

- El asociado debe garantizar que los fines de semana haya una persona responsable para la atención telefónica y presencial de quien lo requiera y para la atención oportuna de las novedades que se presenten en el centro.

- Los-as operarios-as de cocina por ningún motivo podrán hacer reemplazos para cubrir obligaciones propias de servicios generales. A su vez, los auxiliares de servicios generales cuando reemplacen operarios-as de cocina realizarán exclusivamente tareas de apoyo.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 89 de 110

- Cuando haya cambio de profesionales, el asociado deberá garantizar un adecuado empalme entre el saliente y entrante con el fin de no interrumpir los procesos que se vienen ejecutando. Este proceso deberá estar debidamente documentado y será revisado por el-la supervisor-a cuando se presente el caso.

- El talento humano de práctica o voluntariado que preste sus servicios será exclusivamente de apoyo en la ejecución del convenio y no podrá emitir conceptos técnicos por escrito.

- El asociado durante la ejecución del convenio deberá garantizar el cumplimiento de las actividades y roles por cada perfil establecidos en el anexo técnico.

Perfiles adicionales y transversales:

Los perfiles que se enumeran en la siguiente tabla no se encuentran descritos ni relacionados en la estructura de costos del presente Convenio de Asociación; no obstante, resultan indispensables para la adecuada atención de las personas mayores en el marco del servicio de atención sociosanitaria transitoria. Estos perfiles se integrarán a la prestación del servicio como parte esencial del Convenio Derivado celebrado entre la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) y la Secretaría Distrital de Salud (SDS), en desarrollo del Convenio Marco No. 8087945 de 2025, con el propósito de garantizar la implementación del Sistema Sociosanitario en la ciudad de Bogotá D.C. La supervisión de dichos perfiles estará a cargo de la Secretaría Distrital de Integración Social, y las funciones específicas de cada uno se llevarán a cabo directamente en la respectiva unidad operativa. Su financiación y supervisión se desprenden de dicho convenio suscrito entre ambas entidades**.**

Tabla 13. Relación talento humano adicional - transversal

No.	CARGO	No. DE PERSONAL
1	Profesional en Piscología	1
2	Profesional en Enfermería	1
3	Profesional en Medicina General	1
4	Técnico en regencia de farmacia	1
5	Técnico auxiliar de enfermería	1

Fuente: Servicio de atención sociosanitaria transitoria – Subdirección para la Vejez.

Tareas del talento humano adicional - transversal:

Profesional en Psicología

1) Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 90 de 110

2) Realizar con oportunidad y calidad la valoración inicial integral a las personas mayores que ingresen al servicio de atención sociosanitaria transitoria o cuando se requiera actualizar, de acuerdo con las novedades en salud que presente la persona mayor, aportando la identificación de factores emocionales, relacionales y de adaptación que puedan incidir en el proceso de tránsito y egreso.

3) Participar activamente desde su disciplina en la construcción del Plan de Acompañamiento Individual para la persona mayor, desde un abordaje interdisciplinario con todos los profesionales de la unidad operativa.

4) Implementar los protocolos y procedimientos establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social y por el servicio de atención sociosanitaria transitoria, para fomentar el autocuidado, recuperación y/o mantenimiento de la autonomía e independencia de la persona mayor, de acuerdo con las recomendaciones médicas y las orientaciones que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, para la ejecución de actividades e intervenciones en la esfera psicosocial y de mantenimiento cognoscitivo.

5) Participar desde su quehacer junto con el equipo interdisciplinario del centro, en el diseño e implementación de la estrategia de autocuidado en la salud mental, logrando con esta, la estimulación, desarrollo y/o mantenimiento de las funciones mentales superiores, mediante procesos educativos gerontagógicos (herramientas educativas diseñadas para la persona mayor) y la estimulación sensorial.

6) Liderar el diseño, implementación, evaluación y retroalimentación de estrategias de respiro para el cuidador, a través de articulaciones interinstitucionales, intersectoriales y transectoriales, para el desarrollo de actividades que fomenten el desarrollo personal y el bienestar físico y emocional del talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

7) Socializar y hacer seguimiento al cumplimiento del pacto de convivencia del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

8) Asegurar que los planes y acciones del tránsito respondan a los enfoques de: atención centrada en la persona y atención integrada para las personas mayores (ICOPE), promoviendo su participación activa en todas las decisiones, para el fortalecimiento de su proyecto de vida.

9) Acompañar, desde un enfoque psicosocial, los procesos de resignificación del abandono, adaptación al entorno institucional y fortalecimiento de capacidades personales para el tránsito, a través de la realización de encuentros individuales con las personas mayores.

10) Contribuir desde su disciplina en la elaboración del Plan de Egreso Individualizado (PEI), incorporando criterios de fortalecimiento emocional, participación activa y construcción de factores protectores parte de la persona mayor.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 91 de 110

11) Realizar acciones de seguimiento a la persona mayor, identificando alertas que requieran intervención del equipo técnico de la Subdirección para la Vejez o articulación con redes institucionales de apoyo psicosocial.

12) Participar en reuniones y espacios de articulación institucional, aportando un análisis desde su disciplina, sobre la idoneidad del entorno de egreso y la sostenibilidad del proceso.

13) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

14) Las demás actividades inherentes a su rol.

Profesional en Enfermería

1) Participar desde su disciplina en la elaboración, ejecución y seguimiento del cronograma mensual de actividades, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo, para la atención integral a la persona mayor.

2) Participar desde su disciplina en la valoración inicial integral de la persona mayor, con el propósito de conocer la condición actual de salud al ingreso del servicio de atención sociosanitaria transitoria, permitiendo la creación de un plan de atención de Enfermería-PAE.

3) Diseñar, ejecutar y hacer seguimiento del Plan de Atención de Enfermería-PAE a partir de la valoración inicial integral de la persona mayor, favoreciendo la recuperación y mantenimiento de los procesos de autonomía de la población atendida.

4) Participar activamente desde su disciplina en la construcción, ejecución y seguimiento del plan de acompañamiento individual para la persona mayor, desde un abordaje interdisciplinario con todos los profesionales de la unidad operativa.

5) Diseñar con todos los profesionales del servicio de atención sociosanitaria Transitoria las estrategias y acciones para la ejecución de rutinas diarias adaptadas en las personas mayores que ingresan al servicio de atención sociosanitaria transitoria y requieran apoyo y acompañamiento para las actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), actividades lúdicas, educativas, recreativas, deportivas, culturales y demás, para la óptima prestación del servicio, siguiendo los protocolos establecidos.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 92 de 110

6) Apoyar las actividades que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, relacionadas con la promoción de la salud, mejoras en la calidad de vida, prevención de la enfermedad y mantenimiento de la autonomía e independencia de la persona mayor.

7) Revisar, administrar y dar seguimiento a los tratamientos farmacológicos prescritos por el médico tratante a las personas mayores, así como la articulación y comunicación oportuna y permanente con el técnico y/o regente de farmacia de la unidad operativa.

8) Realizar cualificaciones mensuales a los auxiliares de enfermería y personal del centro de atención, con el fin de reforzar conocimientos sobre el cuidado holístico de las personas mayores y otras temáticas inherentes a su quehacer.

9) Garantizar la toma y registro de las constantes vitales a cada persona mayor del centro de atención, permitiendo detectar valores anormales, monitorizar la respuesta a tratamientos farmacológicos que pueden afectar los signos vitales y servir como indicadores tempranos de deterioro o mejora de su estado de salud.

10) Identificar oportunamente signos de alarma que se presentan las personas mayores y garantizar la activación de rutas de acuerdo con los hallazgos encontrados, con el propósito de asegurar la continuidad de la atención a su estado de salud.

11) Participar en reuniones y espacios de articulación institucional, aportando análisis desde su disciplina, sobre la idoneidad del entorno de egreso de la persona mayor y la sostenibilidad del proceso.

12) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

13) Las demás actividades inherentes a su rol.

Profesional en Medicina general

1) Realizar la valoración médica inicial de ingreso y seguimiento mensual a las personas mayores del servicio, identificando su estado de salud actual, patologías preexistentes, su funcionalidad y autonomía, estableciendo un plan de manejo médico, articulado con los tratamientos y recomendaciones brindadas por los profesionales en salud de la EAPB y los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH.

2) Generar articulaciones con los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, relacionadas con las actividades efectuadas de promoción de la salud, mejoras en

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 93 de 110

la calidad de vida, prevención de la enfermedad y mantenimiento de la autonomía e independencia de la persona mayor.

3) Realizar el seguimiento y acompañamiento a las recomendaciones, orientaciones y observaciones, que se deriven de las actividades realizadas por los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH.

4) Identificar oportunamente signos de alarma que se presentan en las personas mayores del servicio y garantizar la activación de rutas de acuerdo con los hallazgos encontrados, con el propósito de asegurar la continuidad de la atención a su estado de salud.

5) Contribuir en las actividades en el marco de las líneas de atención del servicio, así como para cada uno de los tres ejes establecidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria.

6) Participar en reuniones y espacios de articulación institucional, aportando análisis sobre las condiciones de salud general de las personas mayores y entregando informes en caso de requerirse.

7) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

8) Las demás actividades inherentes a su rol.

Técnico y/o Regente de Farmacia

1) Gestionar íntegramente los medicamentos para las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria desde su adquisición y recepción, hasta su almacenamiento, custodia, conservación y distribución.

2) Proporcionar desde su disciplina atención a las personas mayores que se encuentran en el servicio de atención sociosanitaria transitoria, asegurando que esta sea oportuna, de calidad y con calidez, siguiendo los lineamientos y protocolos institucionales.

3) Implementar y mantener un sistema de farmacovigilancia que permita la identificación, recolección, evaluación, registro y notificación oportuna de todas las sospechas de reacciones adversas a medicamentos-RAM y otros problemas relacionados con la seguridad de los fármacos administrados a las personas mayores, conforme a la normatividad sanitaria vigente.

4) Implementar, monitorear y asegurar el cumplimiento de todas las acciones definidas en el Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos- PGIRS y el Plan de Gestión

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 94 de 110

Integral de Residuos Hospitalarios y Similares- PGIRHS.

5) Realizar auditorías periódicas en el servicio farmacéutico, para garantizar la precisión en los registros y la correcta gestión del stock, notificando al personal del centro de atención sobre el riesgo o desabastecimiento de medicamentos, con el propósito de mitigar el impacto de una posible disminución de medicamentos esenciales.

6) Brindar apoyo en la cualificación mensual al talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria, acerca de los procesos concernientes al manejo de los medicamentos.

7) Vigilar y controlar las fórmulas médicas dispensadas, custodiando con especial atención las prescripciones de medicamentos controlados. Asimismo, recibir, revisar y verificar que los medicamentos entregados por las farmacias concuerden con las fórmulas médicas y no estén vencidos.

8) Apoyar, asistir y colaborar activamente en los diversos encuentros (reuniones, comités, cualificaciones, entre otros) que sean indicados por el coordinador del centro de atención a los que se sea convocado. Además, es crucial difundir de manera oportuna tanto las actividades como la información generada en estas instancias.

9) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

10) Las demás actividades inherentes a su rol.

Técnico auxiliar de enfermería

1) Realizar intervenciones de cuidado que contribuyan al bienestar y calidad de vida de las personas mayores, incentivando su autocuidado y la conservación de sus funciones, de acuerdo con las indicaciones del Equipo Básico Extramural de Hogar-EBEH de la Secretaría Distrital de Salud e intramural del servicio de atención sociosanitaria transitoria, garantizando el desarrollo de las actividades correspondientes a los ejes y líneas de atención contemplados en el manual operativo y en el presente anexo.

2) Proporcionar atención de calidad y con calidez a las personas mayores del servicio de atención sociosanitaria transitoria, cubriendo los tiempos de atención requeridos por el centro.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 95 de 110

3) Apoyar a las personas mayores con sus trámites de salud, facilitando el acceso oportuno a servicios y recursos de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud- EAPB, mediante la gestión relacionada con medicamentos, exámenes diagnósticos, valoraciones con especialistas, hospitalizaciones y demás que se requieran, en apoyo del profesional de enfermería y coordinador del centro de atención.

4) Realizar la toma y registro de las constantes vitales a cada persona mayor del centro de atención, permitiendo detectar valores anormales e informar oportunamente al profesional de enfermería del centro de atención las observaciones y/o novedades encontradas.

5) Participar de forma activa en las reuniones y cualificaciones organizadas por los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH, por el equipo del servicio de atención sociosanitaria transitoria y por la Subdirección para la vejez, con el fin de apropiar la información y fortalecer las acciones brindadas durante el proceso de atención a las personas mayores.

6) Garantizar la asistencia y acompañamiento a las personas mayores en los momentos de alimentación, baño, vestuario, administración de medicamentos y demás rutinas diarias que se requieran, bajo la supervisión del profesional de enfermería de la unidad operativa.

7) Apoyar y participar de las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinario para la ejecución de rutinas diarias adaptadas en las personas mayores que ingresan al servicio de atención sociosanitaria transitoria, y requieran apoyo y acompañamiento para las actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), actividades lúdicas, educativas, recreativas, deportivas, culturales y demás, para la óptima prestación del servicio, siguiendo los protocolos establecidos.

8) Apoyar las actividades de promoción de la salud enfocadas en mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades y mantener la autonomía e independencia de la persona mayor que realicen los Equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH.

9) Apoyar, asistir y colaborar activamente en los diversos encuentros (reuniones, comités, cualificaciones, entre otros) que sean convocados por la coordinación de la unidad operativa. Además de difundir de manera veraz, clara y oportuna tanto las actividades como la información generada en estas instancias.

10) Diligenciar y aplicar de manera oportuna, sistemática y permanente los documentos técnicos definidos para el servicio de atención sociosanitaria transitoria, dando cuenta del registro, consolidación, sistematización y reportes de los procesos y novedades sobre las actuaciones adelantadas con las personas mayores.

11) Las demás actividades inherentes a su rol.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 96 de 110

10. Gestión documental

El asociado deberá implementar todas las actividades de gestión documental y archivo, atendiendo los lineamientos e instructivos definidos para la administración documental por el Subsistema Interno de Gestión Documental y Archivo de la Secretaría Distrital Integración Social (SDIS), el Decreto Distrital 514 de 2006, la Ley 594 de 2000, Acuerdo 001 de 2024 y los procesos, procedimientos, reglas, normativa y lineamientos del Archivo General de la Nación y el Archivo de Bogotá.

A partir de la firma del acta de inicio, el asociado deberá solicitar al referente técnico de la Subdirección para la Vejez o al Subsistema de Gestión Documental y Archivo de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), la socialización correspondiente a Gestión Documental y aportar el documento respectivo para que haga parte integral del convenio. La entidad estará obligada a realizar seguimiento y verificación de la organización, custodia, almacenamiento y administración de los documentos generados en la ejecución del convenio, en caso de incumplimiento reportar a las instancias respectivas.

El asociado debe dar cumplimiento e implementar todas las políticas de operación, instructivos, lineamientos y formatos de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), sobre gestión documental establecidas en:

- Instructivo Organización de expedientes (INS-GD-003).
- Formato Hoja de control (FOR-GD-013).
- Formato Único de Inventario Documental - FUID (FOR-GD-017).
- Formato Testigo documental (FOR-GD-018).
- Formato Rótulo para carpeta (FOR-GD-014).
- Formato Acta de cierre del expediente de historias sociales (FOR-GD-015).
- Formato Entrega de documentos (FOR-GD-016).
- Formato, Identificación de espacio de almacenamiento (FOR-GD-035).
- Procedimiento Reconstrucción de expedientes (PCD-GD-001).
- Formato Reconstrucción de expedientes (FOR-GD-022).
- Demás protocolos, instructivos, formatos o documentos establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social que den cuenta de los lineamientos a seguir en el componente documental.

10.1 Área Gestión Documental

El asociado debe contar con un espacio físico sin riesgo de humedad o inundación, ya sea en pisos o techos, alejado de contaminación que pueda afectar la documentación emitida por el servicio, con una ventilación e iluminación, ya sea artificial o natural que garantice la conservación de los documentos.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 97 de 110

Se debe contar con un espacio exclusivo para la custodia e intervención del archivo, el cual debe estar separado de las demás áreas administrativas, restringiendo el ingreso a personal no autorizado por el servicio dicho espacio debe estar debidamente organizado en estantería fija o rodante, garantizando la seguridad y la adecuada manipulación de los documentos. Adicionalmente, es indispensable garantizar la limpieza permanente y adecuada de la estantería y unidades de almacenamiento, utilizando productos que no afecten la integridad física de los documentos.

El asociado deberá contar con los siguientes elementos de dotación e insumos para garantizar los procesos adecuados de gestión documental, archivo, conservación y custodia de los documentos generados en la operación del servicio social.

Responsabilidad en la Formación y Administración de los Expedientes de las Historias Sociales.

El jefe de la respectiva área deberá garantizar la conformación y entrega de las “Historias Sociales”, teniendo en cuenta el capítulo 3 articulo 1.3.1 del Acuerdo 001 de 2024, *“Responsabilidad con los documentos y archivos”. Las unidades administrativas y funcionales de las entidades deben con fundamento en la Tabla de Retención Documental aprobada, velar por la conformación, organización, preservación y control de los archivos de gestión, teniendo en cuenta el principio de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística. El respectivo jefe de la Oficina será el responsable de velar por la organización, consulta, conservación y custodia del archivo de gestión en su dependencia, sin perjuicio de la responsabilidad señalada en el numeral 5 de la ley 734 de 2002 para todo servidor público*”.

- Conformación y administración del expediente

El asociado a través del técnico en gestión documental y archivo deberá garantizar la conformación, organización, actualización y entrega de los archivos activos y egresos, teniendo en cuenta el capítulo 3 articulo 1.3.1 del Acuerdo 001 de 2024, *“Responsabilidad con los documentos y archivos”.*

a) Ordenación.

En el proceso de conformación y para la administración de los expedientes se tienen dos (2) criterios de ordenación que obedecen al principio archivístico del orden original:

- El criterio de ordenación de los documentos al interior de los expedientes debe corresponder con la cronología en que se surtieron los trámites: el documento más antiguo deberá estar en la parte superior de la carpeta y el más reciente en la parte inferior.
- En el expediente los documentos deberán estar ordenados cronológicamente, respetando la secuencia en que se prestan los servicios sociales. Es decir que los soportes y/o anexos no serán objeto de ordenación cronológica. Por ejemplo: la cédula de ciudadanía o el registro civil de nacimiento no serán objeto de ordenación

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Página 98 de 110

cronológica, sino que se constituyen en anexo y/o soporte de la ficha SIRBE.

b) Depuración documental.

- En los expedientes no se deben incorporar hojas en blanco o copias duplicadas de documentos que se encuentran dentro del expediente. Al incurrir en esta práctica se requiere un nuevo proceso de organización para la depuración del expediente, generando detrimento patrimonial.
- Queda totalmente prohibida la producción de documentos en papel reciclado. El papel que presenta una coloración amarilla frecuentemente es elaborado del proceso de reciclaje (cartón, papel Kraft, Kimberly, entre otros), por lo que no se debe utilizar en la producción de documentos misionales de conservación. Cuando se tengan para incorporar documentos en tamaños inferiores las dimensiones de la perforación, éstos se deben pegar en una hoja que no sea reciclada en papel Bond Blanco Tamaño oficio.
- La perforación de los documentos para su incorporación al expediente debe realizarse a tamaño oficio con el fin de que queden alineados en la parte superior de la carpeta.

c) Foliación

- Para garantizar la integridad, seguridad y unidad del expediente se deben numerar cada uno de los folios útiles de los documentos que lo conforman y los documentos al interior deben estar ordenados respetando el orden original.
- La foliación se debe efectuar única y exclusivamente en lápiz de mina negra y banda tipo HB o B, colocando el número en la parte superior derecha del folio en el mismo sentido del contenido del texto del documento, sin enmendaduras ni tachaduras de manera legible, sin repetir numeración.

d) Almacenamiento en unidades de conservación

Para el almacenamiento de la documentación generada en los procesos de intervención de participantes y/o beneficiarios de los servicios de la Secretaría Distrital de Integración Social, se ha normalizado la utilización de carpetas y cajas de cartón con las siguientes especificaciones:

- Cajas de archivo X200

Dimensiones internas: ancho: 20 cm. x alto: 28.5 cm. x largo: 39 cm.

Dimensiones externas: ancho: 21 cm. x alto: 30 cm. x largo: 40 cm.

Material: Cartón corrugado

Resistencia mínima a la compresión vertical (RCV) de 790 ó 930 kgf/m

Resistencia mínima al aplastamiento horizontal de 2 kgf/cm2.

La tapa debe ir impresa a una tinta, en color negro llevando el logo de la entidad y el Formato

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 99 de 110

Rótulo para caja de archivo (FOR-GD-007) establecido por la Secretaría Distrital de Integración Social.

- Carpeta en cartón yute 600 gr

Dimensiones: Ancho de cartulina: 28cm (sin el doblez) Largo de la cartulina: 35 cm.

Diseño y material: Juego de carátulas y contra caratulas para el almacenamiento de los folios tamaño oficio, elaborado en cartón rígido de yute de 600 gramos, con refuerzo en tela coleta que debe incluir refuerzo para gancho por dentro.

Debe tener impresión a una cara (externa), a una tinta (color negro), que contiene el logo oficial de la entidad y la impresión del Formato Rótulo para carpeta (FOR-GD-014).

Cada carátula debe presentar pestañas en tela coleta con dos perforaciones circulares para introducir los ganchos y a su vez los folios. Estas pestañas deben doblarse (troquelado) hacia la parte interior, sin perder el tamaño de la carpeta (oficio), reforzando el lomo del expediente en donde se agrupan los documentos con el gancho.

Acabados: Resistente al doblez y al rasgado. Rotuladas. De color preferiblemente claro, los tintes y pigmentos usados para la impresión deben ser resistentes a la abrasión y ser insolubles en agua. El acabado del cartón debe ser liso, suave y libre de partículas abrasivas u otras imperfecciones. Asíí mismo, debe estar libre de partículas metalizadas, ceras, plastificantes, residuos de blanqueadores, peróxidos y sulfuro.

El material debe estar libre de pulpas recicladas y preferiblemente con una reserva alcalina, se debe implementar el Formato Rótulo para carpeta (FOR-GD-014) establecido por la Secretaría Distrital de Integración Social

- Gancho legajador

Ganchos plásticos de polipropileno, de tamaño mediano compuestos por 2 piezas, una de filamento cilíndrico, la otra como pisador de cierre lateral. Capacidad de almacenamiento de 250 folios.

e) Registro en hoja de control

Con el fin de tener un control de las existencias de cada uno de los documentos se debe diligenciar el formato Hoja de Control (FOR-GD-013), la cual se constituye en el inventario de los tipos documentales que conforman expediente de las Historias Sociales.

La descripción de los documentos en la hoja de control debe corresponder a la denominación del tipo documental relacionado bajo de la serie de la Tabla de Retención Documental de la Secretaría Distrital de Integración Social. (Se aclara que las Tablas de Retención Documental no dan el orden de los expedientes, si no que da una idea de cuáles son los documentos que se generan para la Serie documental Historias Sociales Subserie documental de la Historias Sociales De La Persona Mayor (Centros De Protección Social).

f) Inventario documental

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 100 de 11

En cumplimiento de la Ley 594 de 2000 y la Ley 1712 de 2014, y conforme al Acuerdo No. 001 de 2024, “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones”, el Asociado, a través del técnico en gestión documental debe mantener actualizado de manera mensual el archivo de gestión de las historias sociales activas, el cual debe estar ordenado cronológicamente por la fecha inicial del expediente. Y para los expedientes de Historias sociales egreso el cual debe estar ordenado cronológicamente por la fecha final del expediente, tanto en físico como en digital y a su vez llevar el control de los expedientes historias sociales y efectuar las acciones necesarias para realizar proceso de entrega de transferencias primarias.

Documentación en medios magnéticos tales como CDs, DVD, entre otros, se deben almacenar en una unidad de conservación (caja X200), en un sobre de papel bond blanco tamaño carta u oficio el cual debe estar identificado con el Formato Rótulo para carpeta (FOR-GD-014), dentro del expediente se remplazará con el Formato Testigo documental (FOR-GD-018) el cual será parte integral del expediente, el cual se deberá ver reflejado en el campo de notas del FUID y en la hoja de control.

g) Cierre del expediente

De acuerdo con lo previsto en el Acuerdo 001 de 2024 expedido el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, una vez concluidos los trámites administrativos, de acuerdo con los criterios de aplicación de los periodos de la tabla de retención documental de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), el asociado deberá diligenciar e incorporar al expediente de la Historia Social el Formato Acta de cierre del expediente de historias sociales (FOR-GD-015) a las personas mayores que egresan del servicio.

Finalizada la ejecución del convenio, la totalidad de los expedientes de Historia Sociales, deberán ser entregados cumpliendo con los requisitos de calidad definidos en el presente anexo y en los documentos establecidos en el proceso de gestión documental.

La entrega de los expedientes por parte del Asociado deberá realizarse al supervisor del Convenio con el Formato Único de Inventario Documental - FUID (FOR-GD-017). relacionando cada uno de los expedientes y ordenado cronológicamente por la fecha final, solicitando visita de revisión a los referentes documentales de la Subdirección para la Vejez para aprobación y entrega de las Historias Sociales.

La documentación generada del talento humano y los procesos administrativos que se manejan en el servicio de atención sociosanitaria transitoria, deben ser relacionados y entregados al supervisor del Convenio para que haga parte del expediente contractual, dando cumplimiento al Instructivo organización de expedientes (INS-GD-003), Manual Contratación (MNL-GEC-001) y Manual Supervisión e interventoría (MNL-GEC-004) y demás documentos que hagan parte integral de la entrega del expediente contractual.

Así mismo, debe dar cumplimiento a los siguientes deberes:

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 101 de 11

1) La documentación de la administración pública es propiedad del Estado y éste ejercerá el pleno control de sus recursos informativos. Los archivos públicos, por ser un bien de uso público, no son susceptibles de enajenación. El asociado tendrá bajo su responsabilidad y para su uso los documentos generados en desarrollo de las actividades concesionadas y aquellas funciones que le sean entregadas por la entidad para tal efecto.
2) Los documentos generados en la ejecución del convenio deberán ser organizados de acuerdo con los instrumentos archivísticos, tabla de retención documental. Adicionalmente, el asociado está obligado a elaborar hojas de control y el respectivo inventario documental y mantenerlo actualizado.
3) El asociado deberá realizar la organización (Clasificación, ordenación, descripción) y custodia, contando con las condiciones de almacenamiento, libres de humedad o con riesgo de inundación de los documentos generados en la ejecución del convenio.
4) La disposición de las unidades de conservación en los estantes deberá permitir una adecuada ventilación e iluminación a través de ellos los cuales deben estar identificados con el Formato Identificación de espacio de almacenamiento (FOR-GD-035).
5) Garantizar la limpieza de instalaciones y estantería con un producto que no incremente la humedad ambiental.
6) Al momento de finalizar y /o extinguir el convenio los documentos producidos debido a este deberán ser entregados a la entidad organizados con las herramientas y lineamientos archivísticos enunciadas en el convenio, y de acuerdo con los parámetros establecidos por la normatividad vigente y el Sistema de Gestión de la Entidad.
7) La información que sea capturada procesada, almacenada y conservada en sistemas de información, servidores y demás medios electrónicos debe ser entregadas, por tiempo indefinido, sin claves, sin encriptaciones, ni ninguna restricción de seguridad bajo criterios archivísticos, garantizando la integridad, usabilidad, legibilidad de los documentos, interoperabilidad con el sistema de información de la entidad y la neutralidad tecnológica.
8) El carácter reservado de un documento no será, oponible a las autoridades, que, siendo constitucional o legalmente competentes para ello, lo soliciten para el debido ejercicio de sus funciones y corresponde a dichas autoridades asegurar la reserva de los documentos que lleguen a conocer.
9) La Ley 1581 de 2012, reconoce y protege el derecho que tienen las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se halla recogido sobre ella en base se de datos o archivos que sean susceptible de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada. Cuando estas bases de datos vayan a ser suministradas a terceros se deberá, informar al titular y solicitar su autorización; los responsables encargados de las bases de datos y archivos quedaran sujetos a esta ley.
10) La responsabilidad sobre la custodia de los documentos generados en desarrollo del convenio es del asociado.
11) El asociado no podrá subcontratar procesos de gestión documental, sin la previa autorización de la entidad.
12) En caso de pérdida parcial o total de la documentación que esté a cargo del asociado que esté siendo intervenida por éste, el asociado debe efectuar sin costo adicional

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 102 de 11

para la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), la reconstrucción de los documentos y/o expedientes respectivos, y realizar las demás acciones señaladas en Procedimiento Reconstrucción de expedientes (PCD-GD-001) y demás procedimientos definidos por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) y la normatividad legal vigente aplicable a la materia.

13) El asociado deberá Informar de inmediato a la supervisión sobre cualquier daño generado a la documentación producida y objeto de custodia.
14) El asociado debe suministrar los insumos de archivo (cajas, carpetas, ganchos legajadores), materiales y papelería asociada al desarrollo de las actividades de gestión documental que sean necesarios durante la ejecución del convenio, cumpliendo con las especificaciones técnicas definidas por el SIGA, y la normatividad legal vigente aplicable a la materia, desde el inicio de la ejecución del convenio.
15) Disponer de áreas para almacenar la documentación que tiene bajo custodia en atención a la normatividad legal vigente, las cuales como mínimo deben cumplir con las condiciones ambientales y de seguridad establecidas por la Entidad.
16) Al finalizar el convenio todos los documentos producidos deben ser entregados a la entidad.
17) Finalizada la ejecución del convenio, la totalidad de los expedientes deberán ser entregados cumpliendo con los requisitos de calidad definidos en el presente instructivo, garantizando el traslado de la totalidad del archivo, generado bajo la ejecución del convenio al archivo central de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS)

11. Coordinación de acciones Transectorial e Intrainstitucional

En desarrollo de estas actividades el asociado deberá garantizar la articulación con las autoridades y entidades competentes, para el desarrollo de acciones que garanticen los derechos de la población según se requiera; tales como:

- Realizar articulación con Registraduría Nacional para continuar los procesos de cedulación de las personas mayores que lo requieran.
- Realizar las acciones pertinentes para garantizar el derecho a la salud de las personas mayores.
- Coordinar con todas aquellas instituciones y/o entidades que deben o pueden apoyar las acciones a desarrollar o los servicios que se requieren complementariamente (SENA, IDRD, empresas y fundaciones privadas, colegios, universidades, voluntariado entre otras).
- Coordinar con las autoridades competentes los casos que requieran intervención legal, de acuerdo con la situación presentada.
- Coordinar con el equipo técnico del servicio los ingresos, egresos, novedades, ubicaciones y traslados que se requieran con la población institucionalizada (previo estudio).
- Coordinar con instancias de control y vigilancia las acciones que se requieran para la prestación del servicio.

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 103 de 11

NOTA:

Todas las gestiones derivadas de la coordinación deben ser registradas en los documentos pertinentes del área responsable, durante la ejecución del convenio y serán objeto de verificación permanente por parte del-la supervisor-a del convenio.

12. Servicios

12.1. Servicio de Transporte

El asociado debe garantizar el servicio de transporte exclusivo para el desarrollo de las actividades establecidas en los documentos técnicos que hacen parte integral del presente convenio. El vehículo y el personal de transporte utilizado debe dar estricto cumplimiento a las normas expedidas por la Secretaría de Movilidad y demás autoridades competentes.

El vehículo que preste este servicio deberá estar amparado con la póliza de responsabilidad civil extracontractual y tener el seguro obligatorio vigente, así como los demás documentos que permitan su operación.

Así mismo, debe tener en cuenta las siguientes condiciones:

Tabla 13. Relación de condiciones del vehículo para el servicio de transporte

CONDICIONES DE LOS VEHÍCULOS	CARACTERÍSTICAS
Capacidad transportadora	El vehículo que se destine para prestar el servicio de transporte a todos los participantes debe tener una capacidad mínima de 11 pasajeros.
Modelo – antigüedad del parque automotor	El vehículo ofertado para la prestación del servicio de transporte deberá ser mínimo del año 2019 o posteriores, de acuerdo con la fecha de la matrícula inicial con respecto a la fecha de la prestación del servicio.
Equipos de comunicación	El conductor debe contar con un sistema de comunicación que le permita comunicarse oportunamente con la coordinación del centro en el caso de presentarse algún problema o eventualidad.
Equipos de carretera y primeros auxilios	Cada vehículo ofertado debe contar con estos equipos, de conformidad con lo establecido con la legislación vigente.
Estados del vehículo	El vehículo debe estar en perfectas condiciones de aseo en su parte interior como exterior, así como en su estado mecánico y eléctrico para garantizar el bienestar de las personas mayores y que el servicio no se interrumpa. - Garantizar el buen funcionamiento de elementos principales del vehículo como frenos, luces, llantas, dirección, limpiabrisas, espejos, señales auditivas, silletería y salida de emergencia (vidrio de emergencia removible, martillo para la ruptura del vidrio, claraboya superior en buen estado y habilitada para su apertura en caso de emergencia) - El vehículo debe contar en cada uno de sus asientos con cinturones

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 104 de 11

CONDICIONES DE LOS VEHÍCULOS	CARACTERÍSTICAS
	de seguridad que deberán cumplir con las características técnicas de fijación y anclaje contemplados en la norma ICONTEC NTC 1570 y demás aspectos previstos en la ley 769 del 2002 modificada por la ley 1383 del 2010 y resolución 003027 del 2010, resolución 19200 del 2002 expedida por el ministerio de transporte, así como el decreto distrital 036 del 2009 modificado por el decreto distrital 339 del 2009 y las normas que lo modifiquen y sustituyan.
Documentación al día y vigente	Cada vehículo que el asociado utilice debe contar con la documentación vigente durante la ejecución del convenio como: Tarjeta de propiedad, Tarjeta de operación, SOAT, revisión técnico-mecánica, licencia de conducción de los conductores, licencia de tránsito. Los vehículos deben tener vigente la Póliza de Responsabilidad Civil, Contractual y Extracontractual.
Plan de contingencia	En caso de que el vehículo ofertado no pueda prestar el servicio por cualquier motivo, el asociado deberá poner a disposición del Centro otro vehículo, en un tiempo que no altere la dinámica de este y cumpliendo las condiciones y características descritas.
Instrucciones a los conductores	El asociado es responsable de instruir a los conductores en cuanto a la interacción y pertinencia del servicio con las personas mayores. Cuando transporten a las personas mayores, deben tomar medidas preventivas como no movilizar el vehículo hasta tanto no estén debidamente acomodados, esperar hasta cuando todos bajen. Así mismo, se les debe instruir sobre el cuidado que deben tener en las vías para evitar accidentes, deben contar con conocimiento en seguridad vial, comportamiento con las personas mayores, primeros auxilios, lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.2.1.6.10.8 requisitos para conducir del decreto 431 del 2017.

Fuente: Servicio de atención sociosanitaria transitoria

12.2. Características del transporte

- Si se requiere realizar dos o más actividades, de manera simultánea que impliquen uso de transporte para su desplazamiento, el asociado debe garantizar la disponibilidad y oportunidad de este recurso.
- El asociado debe garantizar el servicio de transporte las 24 horas del día, de manera permanente para el centro ofertado, el cual debe cumplir con las características descritas anteriormente. Para las situaciones de emergencia que se presenten en horario nocturno y que requieran ingreso o traslado de las personas mayores, el asociado deberá garantizar dichos traslados de manera oportuna sin costo adicional.
- El vehículo debe contar con los logos de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) y cumplir con los lineamientos del manual de identidad de la Secretaría.
- Prestar el transporte para los desplazamientos de los profesionales del asociado que requieran para adelantar las acciones dirigidas al cumplimiento a los objetivos de la atención individual y de los planes de egreso individualizados.

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 105 de 11

- Prestar el servicio de transporte en los casos de ingreso de las personas mayores al servicio, de traslados entre unidades operativas o por finalización del convenio y de sus pertenencias tanto individual como grupal de acuerdo con el procedimiento de traslado, conforme con lo definido en el Instructivo de traslado.
- El transporte destinado para el traslado de la persona mayor deberá cumplir con el protocolo de limpieza y desinfección de conformidad con los lineamientos estipulados en la circular conjunta No.0000001 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Transporte.

12.3. Servicio funerario

El asociado debe garantizar los servicios funerarios de las personas mayores durante la ejecución del convenio de manera oportuna, mediante i) póliza – seguro de riesgo exequial (vigencia, valor, riesgos que ampara, tomador, etc., y/o ii) convenio que garanticen los servicios funerarios con las siguientes características: traslado del cuerpo, preparación del cuerpo, tramites de partida de defunción, cofre o ataúd, servicio de velación, cinta membretada, servicio de cafetería, libro de registro de firmas, carteles de la funeraria, arreglo floral, servicio religioso, transporte de acompañantes y bóveda o urna de cenizas. Así mismo, en caso de muerte de la persona mayor, el asociado debe brindar el servicio de inhumación. Es importante tener en cuenta que la población no puede ser cremada (cuando no hay referente familiar identificado), excepto cuando la persona mayor cuente con referente familiar y este exprese su deseo de llevar a cabo este procedimiento, lo cual debe quedar registrado en Formato Ayuda de memoria (FOR-GD-040) y su valor será reconocido por la vigencia de la póliza o convenio.

12.4. Servicios públicos y conectividad

El inmueble debe contar con servicios públicos de uso permanente con abastecimiento de agua potable, energía eléctrica, gas natural o propano, sistema de eliminación de aguas residuales, sistema de recolección de aguas lluvias, sistema de recolección de residuos sólidos, sistema de comunicación (telefonía y conectividad a internet).

Es obligación del asociado pagar oportunamente los servicios públicos. En caso de la suspensión de los servicios públicos por el no pago oportuno, no se hará el reconocimiento de estos hasta acreditar el pago, cualquier cargo por reconexión no será reconocido por la SDIS. El asociado debe garantizar la prestación diaria de los servicios públicos domiciliarios de gas, agua y alcantarillado, energía, teléfono e internet o conectividad en los centros. En ninguna circunstancia podrá restringir el acceso a los mismos de manera voluntaria.

12.5. Servicios de vigilancia

El asociado es el único responsable de la integridad de la población y del talento humano del servicio mientras se encuentren en el centro. En este sentido, debe contratar una empresa de vigilancia debidamente autorizada por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Pública. Deben estar disponibles personas de seguridad y vigilancia en un turno de 12 horas cada uno, y tener dispuesto una persona para que cubra los relevos y

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 106 de 11

descansos del personal de vigilancia. En materia de tarifas para la contratación de servicios de vigilancia y seguridad privada, el asociado deberá regirse por la Circular Externa Nº. 20241300000445 del 30 de diciembre de 2024 expedida por la supervigilancia de vigilancia y seguridad privada o la que se encuentre vigente.

El asociado debe brindar la vigilancia y seguridad, toda vez que será el único responsable por la integridad de la población y del talento humano del servicio de atención sociosanitaria transitoria.

El asociado debe establecer un circuito de cámaras dentro del espacio funcional del centro con DVR que permita la recuperación de grabaciones mínimo los últimos 5 días calendario, que cubran las diferentes áreas donde las personas mayores desarrollan las actividades y un sistema de comunicación con walkie talkie o cualquier otro medio efectivo (Avantel y/o Celular).

En el evento que acontezca un hecho que afecte la seguridad e integridad de las personas mayores, el asociado debe comunicarlo inmediatamente al supervisor o a quien este designe y a las autoridades competentes cuando hubiere lugar a ello.

El asociado debe velar por el buen nombre de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) y establecer mecanismos de comunicación que faciliten las relaciones de vecindad y cooperación con los habitantes del sector donde se encuentre ubicado el centro.

13. Informes Requeridos

A continuación, se mencionan los informes que deben ser presentados por el Asociado, mes vencido, dentro de los cuatro (4) primeros días hábiles de cada mes, en medio digital, se debe presentar el oficio de radicación al correo de la supervisión y al correo del apoyo a la supervisión que permitan evidenciar la ejecución técnica, administrativa, financiera y contractual en el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales; junto con la factura o cuenta de cobro, los soportes correspondientes y demás documentos necesarios para el desembolso, así mismo, deberá radicarlo en la oficina de correspondencia de la Secretaría Distrital de Integración Social, ubicada en la carrera 7 No. 32-16 primer piso, Bogotá, una vez se encuentra aprobado por la supervisión del convenio.

Lo anterior, conforme al Protocolo de Presentación de Informes Operadores Convenio de Asociación (PTC-PSS-015).

a) Informe mensual de la gestión y ejecución del convenio, se debe presentar en el Formato Informe Mensual Operadores - asociados (FOR-PSS-209), con los siguientes anexos:

1. Base de datos con las personas mayores atendidas.
2. Formato Reporte metafísica y novedades servicio integral de bienestar y cuidado para personas mayores modalidad Comunidad de Cuidado (FOR-PSS-213).
3. Formato Entrega de vestuario centros de comunidad y cuidado (FOR-PSS-216)

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 107 de 11

(Cuando aplique).

4. Cronograma institucional de actividades de atención del mes siguiente.
5. Cronograma institucional con las actividades de atención ejecutadas durante el mes, junto con sus soportes.

b) Informe mensual de Ejecución Financiera: se debe presentar en el Formato Mensual Financiero Ejecutor (FOR-PSS-212), con los siguientes anexos:

- Formato Liquidación mensual de cupos centros de comunidad de cuidado (FOR-PSS-211).
- Formato Relación de Talento Humano (FOR-PSS-214).
- Certificación Talento Humano expedida por el representante legal.
- Comprobante de transferencia donde se evidencie: fecha, tercero (persona a quien se le realiza la transferencia), valor, datos claros y legibles de la entidad financiera.
- Acreditar el cumplimiento de las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y pago de parafiscales durante el periodo de ejecución.
- Certificación General de Costos Fijos (firmada por el representante legal, revisor fiscal y/o contador público (si aplica), en la cual se discrimine el valor ejecutado durante el respectivo mes de los recursos aportados por la Secretaría Distrital de Integración Social, para cada uno de los rubros asociados a los costos fijos establecidos en la estructura de costos y de acuerdo con las especificaciones del anexo técnico.
- Formato Relación de facturas operadores Subdirección para la Vejez (FOR-PSS-461) (Discriminadas por cada rubro).
- Facturas soportes de la ejecución financiera.
- Copia Tarjeta Profesional y Cédula de Ciudadanía Revisor Fiscal.
- Certificado de Antecedentes JCC Revisor Fiscal.

c) Planes de mejoramiento: Si durante la ejecución del convenio se requiere del levantamiento de un Plan de mejoramiento, éste se realizará conjuntamente entre el asociado y el-la supervisor-a. Una vez definido el plan, el asociado se obligará a darle estricto cumplimiento.

MARÍA CRISTINA TOBON CAMACHO
SUBDIRECTORA PARA LA VEJEZ

Elaboró: Paula Vélez - Profesional Subdirección para la Vejez
Jessica Cabrera - Profesional Subdirección para la Vejez
Shenye Jurado - Profesional Subdirección para la Vejez
Melany Fandiño - Profesional Subdirección para la Vejez

Revisó: Oscar Fernando Ríos - Profesional Subdirección para la Vejez.

Documento firmado electrónicamente de acuerdo con la ley 527 de 1999 yDecreto 2364 de 2012

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 108 de 110

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS

Anexo 1 de 4 Atención sociosanitaria transitoria y gestión administrativa

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598

Creación: 2025-10-01 17:49:08

Estado: Finalizado

Finalización: 2025-10-01 18:11:11

Escanee el código para verificación

Elaboración: .

Melany Fandiño
1018411757
mfandinom@sdis.gov.co

Elaboración: .

Shenye Jurado Vanegas
1071330176
shenyejuradovanegas@gmail.com
Contratista
Equipo Técnico SDIS

Elaboración: .

JESSICA PAOLA CABRERA SANCHEZ
23914516
jcabreras@sdis.gov.co
CONTRATISTA
SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Elaboración: .

Paula Velez Torres
22476987
pvelez@sdis.gov.co
Profesional
Secretaría de Integración Social - Subdirección para la vejez

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 109 de 110

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS

Anexo 1 de 4 Atención sociosanitaria transitoria y gestión administrativa

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598

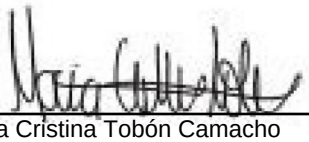
Creación: 2025-10-01 17:49:08

Estado: Finalizado

Finalización: 2025-10-01 18:11:11

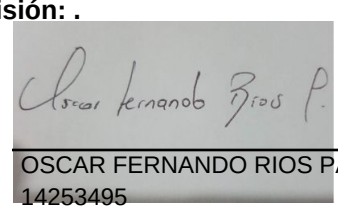
Escanee el código para verificación

Firma: .



Maria Cristina Tobón Camacho
1136882812
mtobonc@sdis.gov.co
Subdirectora para la Vejez
Secretaria Distrital Integración Social

Revisión: .



OSCAR FERNANDO RIOS PARRA
14253495
orios@sdis.gov.co
PROFESIONAL TÉCNICO
SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598
2025-10-01T18:11:15-05:00 - Pagina 1 de 11

REPORTE DE TRAZABILIDAD

Anexo 1 de 4 Atención sociosanitaria transitoria y gestión administrativa

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20251001-174908-0b54b3-62827598

Creación: 2025-10-01 17:49:08

Estado: Finalizado

Finalización: 2025-10-01 18:11:11

Escanee el código para verificación

TRAMITE	PARTICIPANTE	ESTADO	ENVIO, LECTURA Y RESPUESTA
Elaboración	Paula Velez Torres pvelez@sdis.gov.co Profesional Secretaría de Integración Social - Subdirección pa	Aprobado	Env.: 2025-10-01 17:49:35 Lec.: 2025-10-01 17:50:46 Res.: 2025-10-01 17:50:56 IP Res.: 191.156.63.137
Elaboración	JESSICA PAOLA CABRERA SANCHEZ jcabreras@sdis.gov.co CONTRATISTA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	Aprobado	Env.: 2025-10-01 17:50:56 Lec.: 2025-10-01 17:52:03 Res.: 2025-10-01 17:52:13 IP Res.: 190.27.145.94
Elaboración	Shenye Jurado Vanegas shenyejuradovanegas@gmail.com Contratista Equipo Técnico SDIS	Aprobado	Env.: 2025-10-01 17:52:13 Lec.: 2025-10-01 17:59:47 Res.: 2025-10-01 18:00:22 IP Res.: 191.156.50.180
Elaboración	Melany Fandiño mfandinom@sdis.gov.co	Aprobado	Env.: 2025-10-01 18:00:22 Lec.: 2025-10-01 18:09:50 Res.: 2025-10-01 18:10:13 IP Res.: 191.95.49.4
Revisión	OSCAR FERNANDO RIOS PARRA orios@sdis.gov.co PROFESIONAL TÉCNICO SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ	Aprobado	Env.: 2025-10-01 18:10:13 Lec.: 2025-10-01 18:10:34 Res.: 2025-10-01 18:10:46 IP Res.: 167.0.97.225
Firma	Maria Cristina Tobón Camacho mtobonc@sdis.gov.co Subdirectora para la Vejez Secretaria Distrital Integración Social	Aprobado	Env.: 2025-10-01 18:10:46 Lec.: 2025-10-01 18:11:08 Res.: 2025-10-01 18:11:11 IP Res.: 45.192.8.2