ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN COMPONENTE	Código: FOR-PSS-220 Versión: 2 Fecha: Memo I2021031874 – 22/10/2021 Página: 1 de 3

COMPONENTE:	**TÉCNICO**		
1. DATOS GENERALES DEL CONVENIO DE ASOCIACIÒN O CONTRATO A SUPERVISAR			
Convenio de Asociación / Contrato No:	9131	del año:	2024
Nombre del Asociado / Contratista:	CONSORCIO ALTA DEPENDENCIA 2024		
Nombre del Servicio:	Servicio de Alta Dependencia Física, Mental o Cognitiva para población Habitante de Calle		
Nombre de la Unidad Operativa:	Alta Dependencia Vientos de un Mundo Mejor		
Dirección de la Unidad Operativa:	Hacienda Jireh - Vereda limoncito - Ricaurte, Cundinamarca		
Teléfono de la Unidad Operativa:	3212498097		
Correo Electrónico de la Unidad Operativa:	ricaurtealtadependencia@gmail.com		
1.1 DATOS DE LA PERSONA DELEGADA POR EL ASOCIADO-OPERADOR PARA ATENDER LA VISITA			
Nombre de la persona que atendió la visita:	LINA GUAYARA		
Cargo:	Coordinadora	Celular:	3212498097
1.2 DATOS DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION QUE REALIZA LA VISITA POR PARTE DE LA SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL			
Nombre del profesional de apoyo a la supervisión:	GLORIA STELLA LABRADOR PINZON		
Celular:	3184873640		
Correo Electrónico:	gpinzon@sdis.gov.co		
1.3 DATOS GENERALES DE LA VISITA			
Fecha de la Visita:	11/08/2025		
Cobertura contratada para la Unidad operativa:	90	Cobertura - asistencia evidenciada durante la visita:	89
Hora de inicio:	9:30 a. m.	Hora final:	16:30 pm

Observaciones:

Visita técnica mensual por el Equipo de Apoyo a la Supervisión componente técnico, de salud, administrativo, ambiental, con Lider y Profesional del Equipo Transversal de Salud; visita atendida por la Coordinadora y Técnicos administrativo y ambiental; en salud por la Auxiliar de Enfermeria a cargo dada la renuncia de la Enfermera Profesional el 1ro. de agosto.

Durante el recorrido se encuentran ciudadanos en las habitaciones, se recomendó la rotación de habitaciones cada 2 a 3 meses, dotar las habitaciones de elementos como canastillas, percheros, para organizar las prendas acumuladas en los cubiculos; en el area de Enfermería ubicar 1 vitrina adicional para almacenar medicamentos, reorganizar en la cartelera de enfermeria los registros de novedades de ciudadanos con condiciones especiales, para facilitar identificacion.

En el análisis de historias sociales y soportes de órdenes pendientes con Líder Transversal Salud, se brindó orientación del anexot técnico para la remision a la EPS de ciudadanos con malnutrición (16 ordenes en tramite). Se debe registrar en la historia social la intervención de nutrición y edufisica, fomentar la participación de las Auxiliares de Enfermeria en los grupos de referenciacion para atención integral. Se requirió a Auxiliares de Enfermeria, solicitar los planes de manejo de terapias a realizar en el Servicio y reducir las movilizaciones. Se recomendó activar ruta de salud de 2 ciudadanos para manejo hospitalario . Se orientaron oportunidades de mejora en el soporte documental de salud.

a Lider Transversal Salud y Profesional de Supervisión entrevitaron al ciudadano Cesar Montes, orientando replantear los objetivos de la atención para egreso por su cuenta, asegurando condiciones de atención de salud requeridas como oxigenorequiriente en programa especial; mejorar la adherencia terapeutica y dietaria, con miras a atender solicitud de reiniciar vida productiva; se retroalimenta al equipo para evitar actividades con recaudo de dinero por los ciudadanos..

En el componente técnico se brinda orientación de la restricion de transporte de alimentos en las rutas y reorganizar la jornadas de las rutas en la mañana máximo 2 pm y una 2a ruta por la tarde para movilizar ciudadanos con servicios de salud asignados. Se recomendó definir espacios adminsitrativos a los profesionales y auxiliares; mejoras en los reportes del SPI. Se requiere a los profesionales y auxiliares ntervenir conductas acumulativas de los ciudadanos que han rotado por múLtiples servicios, formentar la higiene personal, el adecuado uso de alementos de aseo y orden en las habitaciones.

Se realizó el anáisis de avances en la gestión de servicios de salud de seis (6) ciudadanos en seguimiento, evidenciandose los soportes de valoraciones realizadas.

FECHA DE LA VISITA:	11/08/2025	CONVENIO/CONTRATO No:	9131 - 2024
COMPONENTE:	**COMPONENTE TÉCNICO**		

No. OBLIGACIÓN	ASPECTO DE VERIFICACIÓN (Cumplimiento Lineamientos)	Satisfactoria	A Mejorar	Deficiente	OBSERVACIONES
1	Dar cumplimiento a las condiciones técnicas descritas en los Anexo técnico 1 de 5: Componente de atención integral para el desarrollo humano y gestión administrativa del servicio alta dependencia física, mental o cognitiva estudios previos, pliegos de condiciones, la propuesta, la oferta económica, el contrato, los procedimientos misionales e instructivos, para desarrollar con eficiencia y eficacia el servicio.	X			Se evidencia la satisfacción del personal con la la visita de supervisión y su disposción para la implementación de las recomendaciones. Durante el recorrido se brindaron las orientaciones ténicas para el favorecer las intervenciones con los ciudadanos en torno a los objetivos de los Servicios de Alta Dependencia.
2	Garantizar la atención y cuidado de la población presente en el servicio en todo momento y lugar.	X			Se evidencia mejoras en la gestión de los servicios de salud y la reposición de pendientes de medicamentos con mejoras en la satisfaccion de los ciudadanos, se identifican 17 ciudadanos oxigenorequirientes , persisten las dificultades en las recargas de oxigeno por proveedor OXI 50, lo cual se escaló por Lider Transversal Salud a Capital Salud a nivel Central . En general se realiza la gestión oportuna de citas médicas, adquisición y suministro de medicamentos, y el diigenciamiento de los registros de salud, con oportunidades de mejora en la consistencia de datos y acopio de soportes de atención clinica. Durante la ivsitta se recomendó fortalecer el trabajo articulado con el equipo multidisciplinar . Se verifica el cumplimiento de actividades de educacion, promoción y prevencion en salud aller EMAA : 14/08/2025 13 participantes , Módulo 1: Dignidad menstrual, Taller Uso Seguro de Medicamentos
3	Informar de manera inmediata a la supervisión todas las novedades relacionadas con la prestación del servicio y con el cumplimiento de las obligaciones contractuales. En caso de que se presenten situaciones especiales, el contratista debe informar la supervisión a primera hora, especificando las actuaciones y gestiones adelantadas para resolver dicha situación.	X			Realizan la notificación diaria de novedades del servicio,el reporte diario de actividades de salud con oportunidades de mejora en la captura de datos. Semanalmente reportan la activacion de rutas de salud, se trasladaron 10 ciudadanos para atención hospitalaria, con el seguimiento correspondiente
4	Mantener actualizado y en un lugar visible el cronograma general de actividades del servicio.	X			El cronograma y cartelera de actividades de Enfemeria se encuentran actualizadas, incluyen actividades de salud. Se dio recomendación por la Líder del Equipo Transversal de Salud para mejora en registros de novedades de casos especiales en la cartelera de enfermeria
5	Realizar los estudios de caso que se requieran, teniendo en cuenta los criterios establecidos para su desarrollo. Estos deben ser construidos de forma diferencial para cada uno de las ciudadanas, observando las particularidades de cada caso.	X			según disposiciones organizacionales en salud no se realizaron estudos de caso durante el mes, se han escalado a la Personeria situaciones de algunos ciudadanos que afectan la seguridad del servicio, otros ciudadanos y el personal.
6	Elaborar tanto la valoración inicial como el plan de atención individual, estableciendo objetivos y acciones para el cumplimiento de los mismos	X			Se analizan HIstorias Sociales de 3 ciudasdanos encontrándose diligenciados los Formatos de Valoración Inicial por Enfemeria para personas Habitantes de Calle (FOR-PSS-125) y Plan de Atención Individual en 2 de ellos.
7	Realizar seguimiento mensual, desde el equipo interdisciplinar a los objetivos y las acciones trazadas en el Plan de atención individual PAI, de cada una de las ciudadanas y ciudadanos en proceso de atención.	X			Se analizó la historia social y Ficha TB del ciudadano Cesar García con Diagnotico reciente, fase I de tratamiento y de la ciudadanda Claudia Marcela Abril Rodriguez cc 5217585 con agudizacion de estado piscotico, recomendación de activacion de ruta de salud. En las historias sociales se evidencian los Formatos de Valoración de Ingreso por Enfermeria y el PAI de la ciudadana, pendiente PAI del ciudadano con ingreso reciente
8	Diligenciar y presentar los reportes de información definidos en el Anexo técnico 1 de 5: Componente de atención integral para el desarrollo humano y gestión administrativa del servicio alta dependencia física, mental o cognitiva en medio físico y magnético, en los formatos suministrados por la SDIS, con la periodicidad establecida, de manera oportuna y efectuando los ajustes a que haya lugar.	X			Se evidencia el diligenciamiento de los Formatos de Salud establecidos en e anexo técnico No.1. Se recomendó el acopio de soportes de atención clinica vigentes, la verificación de consistencia e las fechas de registro en Sirbe y acta de ingreso con ls fechas de los Formatos de Valoracion de Enfermeria y Cuidado para la salud. se subsanaron durante la visita los datos.
9	Realizar la gestión con el Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población y efectuar las acciones pertinentes para acceder a los servicios de salud de manera oportuna		X		El 100% de los ciudadanos se encuentra afiliado al Seguridad Social: 80 ciudadanos en Capital Salud, 3 Nueva EPS, 3 Salud Total, 2 Famisanar, 1 en Regimen Contributivo. Se realizaron 105 ciftas médicas de diversas especialidades, 39 ayudas diagnósticas y el control de 7 ciudadanos e programa especial co Aunar. . En el análisis del soporte documental de salud FOR- PSS-143 Registro diario de Actividades de Cuidado para la Salud, FOR-PSS- 144 Registro Constantes Vitales, FOR-PSS-146 Formato de Ingreso de Medicamentos, FOR-PSS-208 Formato de Suministro de Medicamentos , se realizan recomendaciones en la organzación de los archivos previa aclaración con la refrente de Getión Documental para unificar criterios en el acopio de formulas médicas vigentes.
10	Garantizar que durante la ejecución del contrato no establecerá contratos de divulgación y propaganda a nombre de su organización que comprometa o involucre a la población y a la Secretaría Distrital de Integración Social como entidad contratante.	X			El contratista garantizó que no se establecieran contratos de divulgación y/o propaganda a nombre de su organización, que comprometa o involucre a los y las participantes y a la Secretaría.
11	Aceptar que la propiedad intelectual, en el evento que se elaboren documentos relacionados con las experiencias obtenidas dentro de la ejecución del contrato, son de la Secretaria Distrital de Integración Social.	X			A la fecha no se han producido algún tipo de documento que genere propiedad intelectual.
12	Mantener absoluta discreción y confidencialidad con las fotografías que tome de la población, dado que no pueden ser utilizadas en ninguna pieza comunicativa o pauta publicitaria.	X			Por parte del centro de servicios se mantiene absoluta confidencialidad y discreción con la informacion tanto grafica como escrita de la poblacion.

13	Dar cumplimiento al protocolo de eventos en salidas o jornadas de recreación, deportivas y culturales ejecutadas en el contrato.	X			Se realizan el acompañamiento por enfermeria a los ciudadanos durante las salidas extramurales colectivas y activacion de rutas de salud para el acceso a servicios de salud, cumpliendo con los protocolos de traslado, soportes de oxigeno, refrigerios, elementos de ayudas técnicas. .
14	Registrar con calidad, oportunidad y veracidad la información misional en las herramientas y aplicativos institucionales, como el Sistema de Registro de Beneficiarios -SIRBE, dando cumplimiento a los protocolos, procedimientos y demás lineamientos, establecidos por la entidad.	X			Se realizó reporte de novedades en SIRBE y su radicación de los ciudadanos que a la fecha se encuentran en el servicio el dia de la visita.
15	Realizar las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del contrato y las dadas por la supervisión.	X			El contratista ha implementado las actividades necesarias para dar cumplimiento al anexo técnico.

FECHA DE LA VISITA:	11/08/2025	CONVENIO/CONTRATO No:	9131	DEL:	2024

COMPONENTE TÉCNICO

Concepto cumplimiento de obligaciones verificadas en las visita

El contratista cumple con las obligaciones verificadas durante el seguimiento realizado y se muestra receptivo frente a las orientaciones ofrecidas por la supervisión, avanzándose en el proceso de gestión de servicios de salud con la consecuente mejora en la percepción de los servicios por parte de los ciudadanos.

Observaciones y recomendaciones del apoyo a la supervisión que realiza la visita:

Durante la visita de supervisión se realizaron recomendaciones para mejoras en la organización de lockers, intervenciones de ciudadanos con conductas acumulativas, ubicar otra vitrina de medicementos en area de enfermeria, gestion de citas de nutrición de ciudadanos con malnutrición y la activación de rutas de salud de ciudadana con agudizacion piscotica y ciudadano con proceso infeccioso. En Gestion Documental y cadena de suminstro de medicamentos, la cualificación del equpo de enfermeria y estimulo del trabajo articulado para la atención integral de los ciudadanos. Se brinda orientaición por Profesinal Supervisor y Lider del Equipo Transversal Salud para replantear objetivos de atencion en el Serviio de Alta Dependencia de ciudadadno Cesar Montes con expectativa de reubicación para reinciar vida produtiva, estimulando la adherencia terapeutica y nutricional, la garantia en el suminstro de oxigeno; con especial enfasis en evitar actividades para ingreso de dinero en el servicoi por parte del ciudadano. .

Aspectos de verificación que no aplican en el periodo

Obligación	Aspecto a verificar	Observaciones	Fecha en que se verifica
9	Efectuar las acciones pertinentes para acceder a los servicios de salud de manera oportuna	Activar ruta de salud de ciudadanos con compromiso orgánico y mental que requieren atención priorizada de salud	Inmediato

Acciones de mejora a implementar como resultado de la visita

Acciones a implementar	Plazo
Elaborar Plan de Mejora para la definición de acuerdos con el equpo de Enfermeria en la acccion articulada y armonica con otros membros del equipo multidisciplinar, la actualización en la cadena de suministro de medicamentos para asegurar los correctos del proceso y la revisión de criterios de gestión documental en el diligenciamiento y archivo de los soportes de atencion médica y formatos del salud	mes de septiembre - octubre

Observaciones de quien recibe la visita	Ninguna				
Firma de quien recibe la visita	Listado de Asistencia				
Nombres y Apellidos	Lina Guayara				
Cargo	Coordinadora				
Fecha de la visita	11/08/2025	Hora inicio de la visita	9:30 a. m.	Hora finalización de la visita	16:30 pm

Firma de los profesionales de apoyo a la supervisión:

Firma: 

Nombres y Apellidos: Gloria Labrador Pinzón

Cargo: Enfermera Apoyo a la supervición - Componente Técnico Salud

Servicio de Alta dependencia Vientos de un mejor Agosto

Control de signos vitales

5 - 8 - 10 - 12 - 13 - 15

17 - 20 - 22 - 27 - 31 - 32

38 - 39 - 43 - 51 - 56 - 59

60 - 62 - 63 - 65 - 66 - 75 - 48

76 - 30 - 57 - 80 - 81 - 58 - 70

Oxigeno Requirientes.

5 - 8 - 10 - 13 - 17 - 22 - 30 - 31

32 - 38 - 39 - 43 - 48 - 56 - 57 - 60

62 - 63 - 75 - 76

Curaciones

86 - 80 - 30 - 69 - 50

Supervisión Kit de aseo

9 - 12 - 27 - 30 - 49 66 - 67 - 69 - 51 - 77 - 81 - 72.

Tratamientos especiales.

5 - 6 - 8 - 15 - 24 - 71 - 70

Hospitalizaciones

1.

Ruta de Salud 11/08/2025

8 ciudadanos en casa 87

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051 **Call center: 3078181 018000118181** Fecha Actual : miércoles, 11 junio 2025

FORMULACION MEDICA EXTERNO

36

				Folio	93
Paciente	**GRISELDA MURILLO SERRANO**	Edad	40 Años / 7 Meses / 20 Días	No. Historia	**1013593599**
Identificacion	**1013593599**	Telefono	3007205749	Ingreso	**18658794**
Centro- Atencion	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA	Cama		Fecha Ingreso	11/06/2025 6:14:12 a. m.
Direccion	Carrera 14B No.1 – 45 sur	Telefono	3282828	Fecha prescripcion	11/06/2025 10:57 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S			Suministro Paciente	
No. Cama		Area de Servicio: 1SCC22 - SANTA CLARA CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA			
Plan de Beneficios:	**PGP CAPITAL SALUD EPS**			Tipo de Usuario:	**SUBSIDIADO NIVEL 0**

Diagnostico Principal : F208 - OTRAS ESQUIZOFRENIAS

Causa Externa: Enfermedad_general **Finalidad Consulta:** Tratamiento

No Formula: **FAM000029709463**

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre
F208	OTRAS ESQUIZOFRENIAS
F708	RETRASO MENTAL LEVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
[redacted]	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO

MEDICAMENTOS POS

	Medicamento	Cantidad	Concentra.	Forma Farmacéutica	Via Admin.	Indicaciones	T.D.	Dura.
122MN012889	SERTRALINA 50 MG TABLETA RECUBIERTA	(60) SESENTA	50 MG	TABLETA	Oral	SERTRALINA 50 MG TABLETA - TOMAR UNA (1) DESPUES DEL DESAYUNO, POR VIA ORAL	60	Dia
122MN012870	quetiAPINA 25 MG TABLETA CUBIERTA	(240) DOSCIENTOS CUARENTA	25 MG	TABLETA	Oral	QUETIAPINA 25 MG TABLETA - TOMAR UNA (1) TABLETA A LAS 6:00 AM , TOMAR UNA (1) TABLETA A LAS 2:00 PM Y TOMAR DOS (2) TABLETAS A LAS 10:00 PM, POR VIA ORAL	60	Dia
122MN012910	VALPROICO ACIDO 250 mg/5 mL JARABE 120ML	(10) DIEZ	250 MG/5ML	FRASCO	Oral	. ACIDO VALPROICO 250 MG/ 5ML jarabe - TOMAR 5cc A LAS 6:00 AM , TOMAR 5cc A LAS 2:00 PM Y TOMAR 10cc A LAS 10:00 PM, POR VIA ORAL	60	Dia
122MN012847	OLANZAPINA 10 MG TABLETA RECUBIERTA	(60) SESENTA	10 MG	TABLETA	Oral	OLANZAPINA 10 MG TABLETA - TOMAR UNA (1) EN LA NOCHE, POR VIA ORAL	60	Dia
[redacted]	levOMEPROMAZINA 40 MG/ML (4%) SOLUCIÓN ORAL FRASCO	(2) DOS	4%	FRASCO	Oral	LEVOMEPROMAZINA SOLUCION 4% - TOMAR DIEZ (10) GOTAS EN LA NOCHE, POR VIA ORAL EN CASO DE INSOMNIO	30	Dia

Total Items: 5

MARTINEZ APARICIO RIOS RAFAEL IGNACIO
PSIQUIATRIA SCO
8666249

Reclame INMEDIATAMENTE, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:00 am a 4:30 pm, sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

"Señor usuario si usted es paciente crónico mayor de 70 años, gestantes alto riesgo o paciente en condición de discapacidad puede solicitar sus medicamentos a domicilio, solicite información en la farmacia más cercana"

11/06/2025
251622211533487
AUTORIZO
AUDIFARMA

capitalsalud eps-s
AUTORIZACIONES
PAU SANTA CLARA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Powered by CamScanner

SERVICIO DE ALTA DEPENDENCIA

VIENTOS DE UN MUNDO MEJOR

Nombre: GRISELDA MURILLO SERRANO.

Documento 1013593599

Alergias: NIEGO.

Eps: CAPITAL SALUD.

Fecha de orden de medicamentos	11/06/2025	Numero: 36		
Medicamento	**Presentación**	**Horario**	**Cantidad**	**Vía**
Sertralina	Tableta x 50mg	C/ 24	1-0-0	VO
Quetiapina	Tableta x 25mg	C/ 6h	1-1-2	VO
Acido valproico	Jarabe x 120mL	C/ 6h	5-5-10cc	VO
Olanzapina	Tableta x 10mg	C/ 24h	0-0-1	VO
Levomepromazina	5. Oral x 40mg	C/ 24h.	0-0-10G	VO

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051 **Call center: 3078181 018000118181** Fecha Actual : miércoles, 11 junio 2025

FORMULACION MEDICA EXTERNO

36

				Folio	93
Paciente	**GRISELDA MURILLO SERRANO**	Edad	40 Años / 7 Meses / 20 Días	No. Historia	**1013593599**
Identificacion	**1013593599**	Telefono	3007205749	Ingreso	**18658794**
Centro- Atencion	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA	Cama		Fecha Ingreso	11/06/2025 6:14:12 a. m.
Direccion	Carrera 14B No.1 – 45 sur	Telefono	3282828	Fecha prescripcion	11/06/2025 10:57 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S			Suministro Paciente	
No. Cama		Area de Servicio: 1SCC22 - SANTA CLARA CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA			
Plan de Beneficios:	**PGP CAPITAL SALUD EPS**			Tipo de Usuario:	**SUBSIDIADO NIVEL 0**

Diagnostico Principal : F208 - OTRAS ESQUIZOFRENIAS

Causa Externa: Enfermedad_general **Finalidad Consulta:** Tratamiento

No Formula: **FAM000029709463**

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre
F208	OTRAS ESQUIZOFRENIAS
F708	RETRASO MENTAL LEVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
[redacted]	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO

MEDICAMENTOS POS

	Medicamento	Cantidad	Concentra.	Forma Farmacéutica	Via Admin.	Indicaciones	T.D.	Dura.
122MN012889	SERTRALINA 50 MG TABLETA RECUBIERTA	(60) SESENTA	50 MG	TABLETA	Oral	SERTRALINA 50 MG TABLETA - TOMAR UNA (1) DESPUES DEL DESAYUNO, POR VIA ORAL	60	Dia
122MN012870	quetiAPINA 25 MG TABLETA CUBIERTA	(240) DOSCIENTOS CUARENTA	25 MG	TABLETA	Oral	QUETIAPINA 25 MG TABLETA - TOMAR UNA (1) TABLETA A LAS 6:00 AM , TOMAR UNA (1) TABLETA A LAS 2:00 PM Y TOMAR DOS (2) TABLETAS A LAS 10:00 PM, POR VIA ORAL	60	Dia
122MN012910	VALPROICO ACIDO 250 mg/5 mL JARABE 120ML	(10) DIEZ	250 MG/5ML	FRASCO	Oral	. ACIDO VALPROICO 250 MG/ 5ML jarabe - TOMAR 5cc A LAS 6:00 AM , TOMAR 5cc A LAS 2:00 PM Y TOMAR 10cc A LAS 10:00 PM, POR VIA ORAL	60	Dia
122MN012847	OLANZAPINA 10 MG TABLETA RECUBIERTA	(60) SESENTA	10 MG	TABLETA	Oral	OLANZAPINA 10 MG TABLETA - TOMAR UNA (1) EN LA NOCHE, POR VIA ORAL	60	Dia
[redacted]	levOMEPROMAZINA 40 MG/ML (4%) SOLUCIÓN ORAL FRASCO	(2) DOS	4%	FRASCO	Oral	LEVOMEPROMAZINA SOLUCION 4% - TOMAR DIEZ (10) GOTAS EN LA NOCHE, POR VIA ORAL EN CASO DE INSOMNIO	30	Dia

Total Items: 5

MARTINEZ APARICIO RIOS RAFAEL IGNACIO
PSIQUIATRIA SCO
8666249

Reclame INMEDIATAMENTE, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:00 am a 4:30 pm, sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

"Señor usuario si usted es paciente crónico mayor de 70 años, gestantes alto riesgo o paciente en condición de discapacidad puede solicitar sus medicamentos a domicilio, solicite información en la farmacia más cercana"

11/06/2025
251622211533487
AUTORIZO
AUDIFARMA

capitalsalud eps-s
AUTORIZACIONES
PAU SANTA CLARA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Powered by CamScanner

SERVICIO DE ALTA DEPENDENCIA

VIENTOS DE UN MUNDO MEJOR

Nombre: GRISELDA MURILLO SERRANO.

Documento 1013593599

Alergias: NIEGO.

Eps: CAPITAL SALUD.

Fecha de orden de medicamentos	11/06/2025	Numero: 36		
Medicamento	**Presentación**	**Horario**	**Cantidad**	**Vía**
Sertralina	Tableta x 50mg	C/ 24	1-0-0	VO
Quetiapina	Tableta x 25mg	C/ 6h	1-1-2	VO
Acido valproico	Jarabe x 120mL	C/ 6h	5-5-10cc	VO
Olanzapina	Tableta x 10mg	C/ 24h	0-0-1	VO
Levomepromazina	5. Oral x 40mg	C/ 24h.	0-0-10G	VO

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA LA SALUD	Código: FOR-PSS-143 Versión: 0 Fecha: Memo INT18493 - 09/04/2018 Página: 1 de 2

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: Griselda Murillo Serrano

No. DE DOCUMENTO: 1013593599 TIPO: RC: ❑ TI:❑ CC:❑

UNIDAD OPERATIVA: Vientos de un mundo mejor

SERVICIO: Servicio de atención de alta dependencia física, mental o cognitiva

FECHA Y HORA	ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS DURANTE LA ATENCION (actividades y procedimientos)	NOMBRE, IDENTIFICACION Y FIRMA
23/01/2025 11:08	Se realiza acompañamiento a psicología al hospital Santa Clara, psicólogo ordena continuar tratamiento con Psicoterapia, se anexa consulta externa.	Valentina Cabrera 1003558411 Vera

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONSULTA DE PSICOLOGIA

Nº INGRESO: 18846261 **FECHA DE INGRESO:** 23/07/2025 1:10:54 a. m.
FECHA DE FOLIO: 23/07/2025 11:08:07 a. m. **Nº FOLIO:** 94

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA:	1013593599	**IDENTIFICACION:** 1013593599	**EDAD:** 40 Años / 9 Meses / 2 Días
NOMBRE PACIENTE:	GRISELDA MURILLO SERRANO	**FECHA DE NACIMIENTO:** 20/10/1984 12:00:00 a. m.	**SEXO:** Femenino
ESTADO CIVIL:	Soltero	**NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 0	
ENTIDAD:	CAPITAL SALUD EPS S	**TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado	
DIRECCION:	FINCA JIRETH RICAURTE CUNDINAMARCA	**TELEFONO:** 3007295749 **PROCEDENCIA:** BOGOTA	
ETNIA	NINGUNO DE LOS ANTERIORES **DISCAPACIDAD**	DISCAPACIDAD MENTAL PERMANENTE **IDENTIDAD DE GENERO**	Femenino

CONSULTA DE PSICOLOGIA

NIVEL EDUCATIVO:	13 NINGUNO	**ETNIA:**	6 NINGUNO DE LOS ANTERIORES	**DISCAPACIDAD:**	SI
TIPO DE DISCAPACIDAD:	3 MENTAL				
NOMBRE DEL ACUDIENTE:	FUNDACIÓN VIENTOS DE UN MUNDO MEJOR – RICAURTE – CUNDINAMARCA			**RESPONSABLE:**	SI
TELEFONO ACUDIENTE:	3007295749	**OCUPACIÓN:**	SE ENCUENTRA EN UN PROCESO DE REHABILITACIÓN CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.		
ORIENTACION SEXUAL:	3 HETEROSEXUAL	**RELIGIÓN:**	CATÓLICA		

MOTIVO DE LA CONSULTA

MC: "ME MANDARON PARA VERME, PARA SABER SI ESTOY BIEN O NO".
FUNCIONARIA QUIEN REFIERE: "ES PACIENTE POR PSIQUIATRÍA, SE ENCUENTRA MEDICADA POR ESQUIZOFRENIA ...".

PACIENTE QUIEN ASISTE EN COMPAÑÍA DE LA FUNCIONARIA BIANCA JOHANNA CARDOZO DE CARGO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, DE LA FUNDACIÓN VIENTOS DE UN MUNDO MEJOR – RICAURTE. - CUNDINAMARCA, INGRESAN JUNTAS A CONSULTA.
PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS Y 9 MESES DE EDAD, NATURAL DE BOGOTÁ Y PROCEDENTE GIRARDOT – RICAURTE, VIVE EN UNA FUNDACIÓN "DE ALTA DEPENDENCIA DE MUJERES MAYORES, INGRESÓ EL 7 DE DICIAMBRE - "HACE 7 MESES, INGRESÓ POR PRESUNTO ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y SE PRESUME HABITABILIDAD CALLE, "COMO DOS MESES".
REFIERE UNA POBRE DINÁMICA FAMILIAR.
ESCOLARIDAD: PRIMERO DE PRIMARIA
DIAGNÓSTICOS: SE ENCUENTRA EN UN PROCESO DE REHABILITACIÓN CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.
ESTADO CIVIL: SEPARADA (DURARON 20 AÑOS, "ERA BORRACHO"), "ME SEPARÉ HACE 4 AÑOS, SE LO LLEVÓ LA FAMILIA, PORQUE ÉL TENÍA 73 AÑOS Y LE DIO UN INFARTO".
CREENCIA O RELIGIÓN: CATÓLICA
CELULAR: 3007295749
ETNIA: NINGUNA
DISCAPACIDAD: MENTAL PERMANENTE
ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL
EPS: CAPITAL SALUD
PACIENTE QUIEN REFIERE BAJAS HABILIDADES SOCIALES. REFIERE BAJO CONTROL EMOCIONAL, BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN E IMPULSIVIDAD. SE PERCIBE RESPETO POR LAS FIGURAS DE AUTORIDAD, LEVE ACEPTACIÓN DE LAS NORMAS Y LEVE ACEPTACIÓN DE LÍMITES. CUENTA CON RED DE APOYO A NIVEL INSTITUCIONAL.

SITUACION ACTUAL

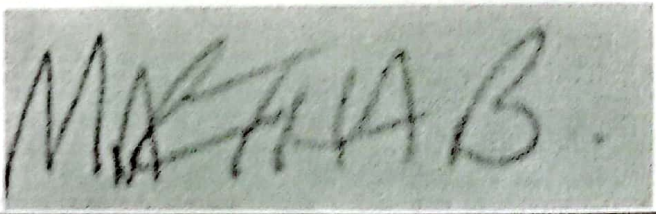
PACIENTE QUIEN REFIERE: "ME MANDARON PARA VERME, PARA SABER SI ESTOY BIEN O NO".
FUNCIONARIA QUIEN REFIERE: "ES PACIENTE POR PSIQUIATRÍA, SE ENCUENTRA MEDICADA POR ESQUIZOFRENIA ...".

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

OTRAS ESQUIZOFRENIAS
RETRASO MENTAL LEVE, OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO POR EL USO DE ALCOHOL, USO NOCIVO

ANALISIS Y PLAN DE TRATAMIENTO

PACIENTE QUIEN INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, APA - APARIENCIA PORTE Y ACTITUD, APA NO CONSERVADO, NO ACORDE CON LA EDAD, DE ACTITUD ANSIOSA. PACIENTE QUIEN MANTIENE CONTACTO VISUAL DE MANERA OCASIONAL. PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA GLOBALMENTE. ATENCIÓN DISTRACTIL. AFECTO SI, PENSAR, POCO MODULADO CON ELEMENTOS DE ANSIEDAD. MEMORIA SE PERCIBE POCO CONSERVADA A EVALUAR. PENSAMIENTO SE PRESUME LÓGICO (SEPARACIÓN CON LA PAREJA), LENGUAJE POCO CLARO, PSICOMOTRICIDAD ADECUADA. NIEGA ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS EN LA ACTUALIDAD ("SI, COMO QUE ALGUIEN HABLABA Y UNO MIRABA Y NO VEÍA A NADIE POR ASÍ"). NIEGA IDEACIÓN DE MUERTE. PATRÓN DE SUEÑO ADECUADO EN LA ACTUALIDAD ("YA MEJOR"). ADECUADA INGESTA DE ALIMENTOS (SE PERCIBE POR ENCIMA DE PESO). INTROSPECCIÓN Y PROSPECCIÓN SE PRESUMEN EN PROCESO. JUICIO Y RACIOCINIO SE PRESUMEN POCO CONSERVADOS. INTELIGENCIA IMPRESIONA POR DEBAJO DEL PROMEDIO. NIEGA CONSUMO DE SPA. NIEGA CONSUMO DE NICOTINA. REFIERE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LARGA DATA (INICIO A "18 AÑOS", "LO DEJÉ HACE 8, MESES", "DORMÍ DOS MESES EN LA CALLE").



Profesional: BELTRAN PRIETO MARTHA LUCIA
Cédula: 52341848
Tipo Medico: Psicologa

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A CIUDADANAS Y CIUDADANOS HABITANTES DE CALLE O EN RIESGO DE HABITAR LA CALLE	Código: FOR-PSS-208 Versión: 1 Fecha Memo: 12024037895 - 20/12/2024 Página 1 de 2

1. Nombre del centro de atención: Alta dependencia Vientos de un mundo mejor
2. Nombre completo de la persona: Griselda Murillo Serrano
3. Afiliación: Capital Salud
4. Tipo y número de identificación: 1073593597
5. Mes: Julio
6. Año: 2025

7. Medicamento (concentración, vía, dosis)	8. Día	9. Administración diaria											
		Primera dosis			Segunda dosis			Tercera dosis			Cuarta dosis		
		Hora	Recibe	Administra	Hora	Recibe	Administra	Hora	Recibe	Administra	Hora	Recibe	Administra
Sertralina 50 mg tableta V.O 1-0-0	1	08:00	M	Laura S									
Quetiapina 25mg tableta V.O 1-1-2	1	08:00	M	Laura S	14:00	M	Laura S	20:00	M	Laura S			
Acido valproico 5ml Jarabe 120 ml tomar 5cc 5-5-70	1	08:00	M	Laura S	14:00	M	Laura S	20:00	M	Laura S			
olanzapina 10 mg tableta V.O 0-0-1	1	20:00	M	Laura S									
Levomeprazina 40 mg V.O al 4% 0-0-10	1	20:00	M	Laura S									
Sertralina 50 mg tableta V.O 1-0-0	2	08:00	M	Laura S									
Quetiapina 25 mg tableta V.O 1-1-2	2	08:00	M	Laura S	14:00	M	Laura S	20:00	M	Laura S			
Acido Valproico 5 ml Jarabe 120 ml tomar 5cc 5-5-70	2	08:00	M	Laura S	14:00	M	Laura S	20:00	M	Laura S			
Olanzapina 10 mg tableta V.O 0-0-1	2	20:00	M	Laura S									
Levomeprazina 40 mg V.O al 4% 0-0-10	2	20:00	M	Laura S									
Sertralina 50 mg tableta V.O 1-0-0	3	08:00	M	Laura S									
Quetiapina 25mg tableta V.O 1-1-2	3	08:00	M	Laura S	14:00	M	Laura S	20:00	M	Laura S			
Acido valproico 5ml Jarabe 120 ml tomar 5cc 5-5-70	3	08:00	M	Laura S	14:00	M	Laura S	20:00	M	Laura S			

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

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
A CIUDADANAS Y CIUDADANOS HABITANTES DE CALLE O EN RIESGO DE HABITAR LA CALLE

Código: FOR-PSS-208
Versión: 1
Fecha: Memo 12024037895 - 20/12/2024
Página 2 de 2

1. Nombre del centro de atención: Alta Dependencia - Vientos de un Mundo Mejor
2. Nombre completo de la persona: Griselda Murillo Serrano
3. Afiliación: Capital Salud
4. Tipo y número de Identificación: 7073593599
5. Mes: Julio
6. Año: 2025

7. Medicamento (concentración, vía, dosis)	8. Día	9. Administración diaria											
		Primera dosis			Segunda dosis			Tercera dosis			Cuarta dosis		
		Hora	Recibe	Administra	Hora	Recibe	Administra	Hora	Recibe	Administra	Hora	Recibe	Administra
Olanzapina 10 mg tableta V.O 0-0-1	24	20:00	M	Valentina cr									
Levomepracina 40 mg al 4%. 0-0-70	24	20:00	M	Valentina cr									
Sertalina 50 mg tableta V.O 1-0-0	30	08:00	M	Valentina cr									
Quetiapina 25 mg tableta V.O 1-1-2	30	08:00	M	Valentina cr	14:00	M	Valentina cr	20:00	M	Valentina cr			
Acido valproico 5 ml Jarabe 170 ml V.O 5-5-70	30	08:00	M	Valentina cr	14:00	M	Valentina cr	20:00	M	Valentina cr			
Olanzapina 10 mg tableta V.O 0-0-1	30	20:00	M	Valentina cr									
Levomepracina 40 mg al 4%. 0-0-70	30	20:00	M	Valentina cr									
Sertalina 50 mg tableta V.O 1-0-0	31	08:00	M	Valentina cr									
Quetiapina 25 mg tableta V.O 1-1-2	31	08:00	M	Valentina cr	14:00	M	Valentina cr	20:00	M	Valentina cr			
Acido valproico 5 ml Jarabe 170 ml V.O 5-5-70	31	08:00	M	Valentina cr	14:00	M	Valentina cr	20:00	M	Valentina cr			
Olanzapina 10 mg tableta V.O 0-0-1	31	20:00	M	Valentina cr									
Levomepracina 40 mg al 4%. 0-0-70	31	20:00	M	Valentina cr									

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

Powered by CamScanner

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

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

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

1. Tema: Visita de Supervisión
2. Lugar o Localidad o Sede: Ventas Hurdo Mejor
3. Fecha y hora: 11/08/2025 9:30 am
4. Nombre responsable: Diego Alejandro Duarte Luque.
5. Dependencia responsable: Equipo Apoyo a la Supervisión.

6 Ítem	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad		9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono y Ext. / Celular	14. Firma
		8.1 Tipo	8.2 Numero						
1	Cristian Palacios Palacio	CC	1071888532	Alta Dependencia	T. Ambiental	Contratista	Cristhian0888@hotmail.com	3135551368	
2	EDWAR PAZ LOPEZ	CC	14325159	Alta Dependencia	Tec Admtivo	Contratista	Edwar.Paz@gmail.com	3107718206	
3	Lina Guayara	CC	1030625466	Alta dependencia ventas	Coordinadora	Contratista	vventas@gmail.com	3217498094	
4	Alba Aracely Capera	CC	1070611609	Alta dependencia	Aux Enferme	contratista	de un mundo mejor@gmail enfermeria ventas	3007205749	ALBA C.
5	Gloria S. Labrad	CC	60275815	Sdis Adultez	Enfermera	Contratista	gpinzon@sdis.gov	3184873640	
6	Francisco A. Hernandez	CC	1014240345	SDIS Adultez	Tecnico	Contratista	fhernandez@sdis.gov.co	3177001626	
7	Lina Paola Garzón	CC	52235999	SDIS-Adultez	Pf-Ambiental	Contratista	lpgarzonm@sdis.gov.co	3112560876	
8	Yuri Calderon	CC	1075871701	SDIS-Adultez	Supervisor	Contratista	ycalderon@sdis.gov.co	2157519376	
9	Diego Alejandro Duarte	CC	1016093242	Adultez	Supervisor	Contratista	ddduarte@sdis.gov.co	3208661549	
10	Yadira Herreño	CC	52366247	Adultez	Profesional	Contrat-	cheffenohe@sdis	3143632205	
11	Leidy Duarte	CC	53094452	Adultez	Lider	Contratista	ldduarte@sdis.gov.co	3208202279	
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
TARJETA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO (TDO)

TUBERCULOSIS SENSIBLE

Versión 002 12/01/2022

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (Marque con una X según corresponda)

1.1 Departamento: BOGOTA | 1.5 Régimen: Subsidiado X Contributivo____No asegurado Excepción Especial | 1.9 Pertenencia Étnica: Indígena: _____ Afrodescendiente: _____ Rom y Gitano: _____ Raizal: _____. Otro.___X___

1.2 Municipio / Localidad o comuna: FONTIBON | 1.6 EAPB CAPITAL SALUD | 1.10 Grupo poblacional: Habitante de calle: __X__ Privado de la libertad: Persona con discapacidad:____ Trabajador de la Salud:____ Migrante: Gestante:_____. Persona en centro psiquiátrico:____ LGBTIQ+ Otro ¿Cuál?_____.

1.3 Tipo de identificación y número: CC 11432135 | 1.7 IPS de Atención Primaria: CENTRO DE SALUD ZONA FRANCA

1.4 IPS de diagnósticoCENTRO DE SALUD ZONA FRANCA | 1.8 IPS de Supervisión del Tratamiento: FUNDACION VIENTOS DE UN MUNDO MEJOR

2. DATOS IDENTIFICACIÓN

2.1 PRIMER APELLIDO	2.2 SEGUNDO APELLIDO	2.3 NOMBRES
GARCIA	CARDENAS	CESAR FERNANDO

2.4 EDAD: 61 — UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD: X Años ___ Meses | 2.5 SEXO: X Masculino ___ Femenino | 2.6 OCUPACIÓN: DESEMPLEADA

2.7 DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA O COMUNIDAD DONDE HABITA: FICA JIRETH VEREDA LLANO DEL POZO RICARURTE GIRARDOTH CUNDINAMARCA | 2.8 BARRIO / VEREDA: FUNDACION VIENTOS DE UN MUNDO MEJOR | 2.9 TELÉFONO: 3007205749 ALBA CAPERA

2.10 NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO Y DIRECCIÓN | 2.11 BARRIO / VEREDA | 2.12 TELÉFONO:

4. CONDICIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

4.1 TIPO DE PACIENTE - CONDICIÓN DE INGRESO: X Nuevo ___ Reingreso tras recaída ___ Reingreso tras pérdida del seguimiento ___ Fracaso ___ Otro previamente tratado

IPS Y ET de donde fue remitido:

4.2 TIPO DE TUBERCULOSIS: X Pulmonar ___ Extrapulmonar

4.3 LOCALIZACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR:

3. CONFIGURACIÓN DIAGNÓSTICA

MARQUE CON X SI EL CRITERIO ES POSITIVO, NEGATIVO O NO REALIZADO

		+	-	NR
3.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS				
1	Pruebas moleculares		X	
2	Cultivo líquido			
3	Baciloscopia			X
4	Histopatología			X
5	Cuadro Clínico	X		
6	Epidemiológico			X
7	Radiológico			X
8	Tuberculínico			X
3.2 OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS				
9	ADA (Prueba de Adenosin deaminasa)			X
10	Test en Orina (Lipoarabinomanano)			X

3.3 RESULTADO DE BAAR: 1° BK: ___ 2° bk: ___ 3° bk: ___

3.4 FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: 26 / 6 / 2025

3.5 FECHA RESULTADO CULTIVO: dd / mm / aa

3.6 FECHA DE DIAGNÓSTICO TB SENSIBLE: 3 / 7 / 2025

3.7 CONFIRMACIÓN TBI VIH

3.7.1 SE REALIZA PRUEBA DE VIH: SI ___ NO ___ | 3.7.2 FECHA DE DIAGNÓSTICO PREVIO DEL VIH: dd / mm / aaaa

3.7.3 RESULTADO Y FECHA DE PRUEBA PRESUNTIVA DEL VIH: POS ___ NEG ___ PENDIENTE LA TOMA ___ PACIENTE NO ACEPTA

3.7.4 RESULTADO Y FECHA DE PRUEBA CONFIRMATORIA DE VIH: POS ___ NEG ___ dd / mm / aaaa

3.7.5 RECIBE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL: SI ___ NO ___

3.7.6 FECHA DE INICIO ANTIRETROVIRALES: dd / mm / aaaa

3.7.7 RECIBE TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL: SI ___ NO ___ SD ___

5. CONDICIONES ASOCIADOS A TENER EN CUENTA PARA EL MANEJO O EL SEGUIMIENTO

Desnutrición | EPOC | Embarazo | Consumo SPA
VIH/SIDA | Enfermedad Renal Crónica | Hipertensión | Cáncer
COVID-19 | Enfermedad Hepatica | Tabaquismo | Alcoholismo
X Diabetes Mellitus | Tratamiento Inmunosupresor | Silicosis | Otra_____

6. MODALIDAD DE TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO

X 6.1 TDO en IPS | 6.5 TDO virtual | 6.2 TDO Domiciliario | 6.3 TDO Comunitario | 6.4 TDO Hospitalario

*Se debe concertar con el paciente el tipo de TDO a utilizar de acuerdo a la pertinencia.
* Si el TDO es virtual debe contar con consentimiento informado.
*La EAPB en los casos que se requiera debe garantizar el TDO Domiciliario.

7. ESQUEMA DE TRATAMIENTO INSTAURADO Y AJUSTES

7.1 PESO INICIAL		7.2 FASE INTENSIVA			7.3 FASE DE CONTINUACIÓN				
		7.2.1 Dosis inicial	7.2.2 Ajuste de dosis	Ajuste de dosis	7.3.1 Dosis inicial	7.3.2 Ajuste de dosis	Ajuste de dosis	Ajuste de dosis	Ajuste de dosis	Ajuste de dosis
56 KG		7/4/2025	dd/mm/aa	dd/mm/aa		dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
ESQUEMA DOSIS FIJA COMBINADA		Dosis en mg según peso a recibir	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg
ADULTOS Mayores de 25kg	Isoniacida 75mg	300 MG								
	Rifampicina 150mg	600 MG								
	Etambutol 275mg	1100 MG								
	Pirazinamida 400mg	1600 MG								
NIÑOS Menores de 25 kg	Isoniacida 75mg									
	Rifampicina 50mg									
	Pirazinamida 150mg									
	Etambutol 100mg									
7.4 NÚMERO TOTAL DE TABLETAS	224	4TABLETAS / 56 DOSIS								

8. ESTUDIO DE CONTACTOS

8.1 NOMBRE Y APELLIDOS	8.2 PARENTESCO	8.3 EDAD	8.4 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	8.5 EAPB	8.6 ¿Es Sintomático Respiratorio- SR ?	8.7 ¿Se deriva a atención en salud?	8.8 ¿El contacto fue valorado clínicamente?	8.9 Si es SR ¿se tomó prueba molecular y sensibilidad a fármacos?	8.10 OBSERVACIONES
VIVE EN FUNDACION									

9. ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO

9.1 FASE INTENSIVA: Escribir el nombre consecutivo de dosis suministradas (1 a 56 dosis) para los pacientes con esquema de 4 FDC/DIA (2 meses) y el día de la semana que corresponde. Si el paciente no asiste a la dosis escribir NA. Si el paciente no asiste a registrar NR).

MES-AÑO / DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	PESO en Kg
MES: JULIO AÑO 2025				1	2	NR	3	4	5	6	7	8	NR	9	10	11	12	13	14	NR	15	16	17	18	19	20	NR	21	22	23	24	56 KG
MES:AGOSTO AÑO 2025	25	26	NR	27	28	29	30	31	32	NR	33																					
MES: SEPTIEMBRE AÑO 202																																

9.2 FASE DE CONTINUACIÓN: Escribir el nombre consecutivo de dosis con inicio (tratamiento programa 4 FDC/DOSIS mg/día hasta 110 dosis) para los pacientes con esquema de 4 FDC/DIA (2 meses) y el día de la semana que corresponde. Si el paciente no asiste a registrar NA. Si el paciente no asiste a registrar NR).

MES-AÑO / DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	PESO en Kg

10. CONTROLES BACTERIOLÓGICOS

Fase intensiva: BK y Cultivo bimestral
Fase de continuación: BK y Cultivo bimestral hasta finalizar el tratamiento.

Nº Mes	10.1 Resultado de Baciloscopia de control al tratamiento	(dd/mm/aa)	10.2 Resultado Cultivo Líquido	(dd/mm/aa)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

11. RECOMENDACIONES PARA CONTROLES DE TRATAMIENTO

* Cuando el diagnóstico sea por Prueba Molecular el control se realiza con Baciloscopia.
* Cuando el diagnóstico se haga por Cultivo líquido los controles deben realizarse por Cultivo líquido.
* Cuando el diagnóstico es de tuberculosis extrapulmonar no requiere controles bacteriológicos, el seguimiento es clínico y/o radiológico según médico tratante.
* Para los controles bacteriológicos se debe procesar UNA sola muestra para la Baciloscopia.
* Si la baciloscopia de control al finalizar la primera fase sale positiva, debe prolongar la fase intensiva y solicitar prueba molecular y cultivo líquido para descartar resistencia. Si es sensible se cambia a fase de continuación, pero si se detecta resistencia debe ajustarse a tratamiento acorde a los lineamientos nacionales.

12. REGISTRO DE CONTROLES AL SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO

Mes	12.1 Médico general	12.2 Profesional Enfermería	12.3 Médico especialista	12.4 Radiografía PA y lateral	12.5 Psicología	12.6 Nutrición	12.7 Trabajo Social	12.8 Test Psicológico	12.9 Recibe ARV si tiene VIH	12.10 Recibe TMSX si tiene VIH	12.11 Pruebas de funcion renal	12.12 Pruebas de función hepática	12.13 Hemograma y electrolitos	12.14 Acceso a programa de protección social
0	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			SI	SI	SI	NO
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

13. REACCIONES ADVERSAS

Fecha	13.1 Ictericia	13.2 Prurito	13.3 Rash cutáneo	13.4 Hipoacusia	13.5 Dispepsia	13.6 Neuritis periférica	13.7 Psicosis	13.8 Falla hepática	13.9 Falla Renal

15. OBSERVACIONES EN EL SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO

* Cuando el caso sea transferido a otra Entidad Territorial, se debe enviar (Ficha de notificación SIVIGILA, Copia de historia clínica, Formula médica, tarjeta de tratamiento diligenciada, a la entidad territorial de destino. Se entrega para autoadministración de máximo (10 dosis de tratamiento) para supervisión virtual mientras se da ubicación por la entidad receptora.
* Cuando el caso sea transferido a otro país debe enviarse al Centro Nacional de Enlace, con la misma documentación indicada por 30 días de tratamiento, previa firma de compromiso del usuario para TDO virtual.
* Los casos descartados deberán ser excluidos en el análisis de la cohorte.

14. CONDICIÓN DE EGRESO

1 14.1 CURADO | 2 14.2 TRATAMIENTO TERMINADO | 3 14.3 FRACASO | 4 14.4 PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO — Causa: | 5 14.5 FALLECIDO — Causa: | 6 14.6 NO EVALUADO — Causa: | 7 14.7 DESCARTADO — Causa:

14.8 Fecha de egreso: dd / mm / aaaa | 14.9 IPS de egreso. | 14.10 Nombre del profesional que certifica egreso: | 14.11 Teléfono: | 14.11 Correo electrónico:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
TARJETA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO (TDO)
TUBERCULOSIS SENSIBLE
Versión 002 12/01/2022

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (Marque con una X según corresponda)

1.1 Departamento: BOGOTA
1.2 Municipio / Localidad o comuna: SANTAFE
1.3 Tipo de identificación y número: C.C. No 10271468
1.4 IPS de diagnóstico: HOSPITAL JORGE ELICER GAITAN

1.5 Régimen: Subsidiado __X_____ Contributivo_____ No asegurado_____ Excepción_____ Especial_____
1.6 EAPB CAPITAL SALUD
1.7 IPS de Atención Primaria:
1.8 IPS de Supervisión del Tratamiento:

1.9 Pertenencia Étnica : Indígena: _____ Afrodescendiente: _____ Rom y Gitano: _____ Raizal: _____. Otro._____

1.10 Grupo poblacional: Habitante de calle: ___ Privado de la libertad: ___ Persona con discapacidad: ___ Trabajador de la Salud:___ Migrante:___ Gestante:_____. Persona en centro psiquiátrico_____ , LGBTIQ+_____ Otro ¿Cúal?_____X___.

2. DATOS IDENTIFICACIÓN

2.1 PRIMER APELLIDO	2. 2 SEGUNDO APELLIDO	2.3 NOMBRES
MONTES		CESAR AUGUSTO

2.4 EDAD: 59 — UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD: [X] Años [ ] Meses
2.5 SEXO: [X] Masculino [ ] Femenino
2.6 OCUPACIÓN: CESANTE
2.7 DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA O COMUNIDAD DONDE HABITA: RICAURTE CUNDINAMARCA — FINCA YIRETH VEREDA LLANO DEL POZO
2.8 BARRIO / VEREDA: VEREDA LLANO DEL POZO
2.9 TELÉFONO: 3007205749
2.10 NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO Y DIRECCIÓN:
2.11 BARRIO / VEREDA:
2.12 TELÉFONO: 3143309637

3. CONFIGURACIÓN DIAGNÓSTICA

MARQUE CON X SI EL CRITERIO ES POSITIVO, NEGATIVO O NO REALIZADO

	3.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	+	-	NR
1	Pruebas moleculares	X		
2	Cultivo líquido			X
3	Baciloscopia	X		
4	Histopatología			X
5	Cuadro Clínico	X		
6	Epidemiológico		X	
7	Radiológico	X		
8	Tuberculínico			X
	3.2 OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS			
9	ADA (Prueba de Adenosín deaminasa)			X
10	Test en Orina (Lipoarabinomanano)			X

3.3 RESULTADO BK SERIADO: 1ª BK: - ; 2ª BK: ; 3ª BK:
3.4 FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: 1 | 2 | 2025
3.5 FECHA RESULTADO CULTIVO: 19 | 12 | 2024
3.6 FECHA DE DIAGNÓSTICO TB SENSIBLE: 18 | 12 | 2025

3.7 CONFECCIÓN TB/VIH

3.7.1 SE REALIZA PRUEBA DE VIH: SI [X] NO [ ]
3.7.2 FECHA DE DIAGNÓSTICO PREVIO DEL VIH: 22 | 11 | 20219
3.7.3 RESULTADO Y FECHA DE PRUEBA PRESUNTIVA DEL VIH: POS [ ] NEG [ ] — dd | mm | aa — PACIENTE NO ACEPTA [ ]
3.7.4 RESULTADO Y FECHA DE PRUEBA CONFIRMATORIA DE VIH: POS [X] NEG [ ] — 22 | 11 | 2019
3.7.5 RECIBE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL: SI [X] NO [ ] SD [ ]
3.7.6 FECHA DE INICIO ANTIRRETROVIRALES: 11 | 2019
3.7.7 RECIBE TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL: SI [ ] NO [ ] SD [ ]

4. CONDICIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

4.1 TIPO DE PACIENTE - CONDICIÓN DE INGRESO: [ ] Nuevo [ ] Reingreso tras recaida [ ] Reingreso tras pérdida del seguimiento [ ] Fracaso [X] Otro previamente tratado
IPS Y ET de donde fue remitido:
4.2 TIPO DE TUBERCULOSIS: [X] Pulmonar [ ] Extrapulmonar
4.3 LOCALIZACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR:

5. CONDICIONES ASOCIADAS A TENER EN CUENTA PARA EL MANEJO O EL SEGUIMIENTO

[X] Desnutrición	[ ] EPOC	[ ] Embarazo	[X] Consumo SPA
[X] VIH/SIDA	[ ] Enfermedad Renal Crónica	[ ] Hipertensión	[ ] Cáncer
[ ] COVID-19	[ ] Enfermedad hepática	[ ] Tabaquismo	[ ] Alcoholismo
[ ] Diabetes Mellitus	[ ] Tratamiento Inmunosupresor	[ ] Silicosis	[ ] Otra:_____

6. MODALIDAD DE TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO

[ ] 6.1 TDO en IPS [ ] 6.5 TDO virtual.
[ ] 6.2 TDO Domiciliario
[ ] 6.3 TDO Comunitario
[ ] 6.4 TDO Hospitalario

*Se debe concertar con el paciente el tipo de TDO a utilizar de acuerdo a la pertinencia.
* Si el TDO es virtual debe contar con consentimiento informado.
** La EAPB en los casos que se requiere debe garantizar el TDO Domiciliario.

7. ESQUEMA DE TRATAMIENTO INSTAURADO Y AJUSTES

7.1 PESO INICIAL: 44_____kg

		7.2 FASE INTENSIVA			7.3 FASE DE CONTINUACIÓN					
		7.2.1 Dosis inicial	7.2.2 Ajuste de dosis	Ajuste de dosis	7.3.1 Dosis inicial	7.3.2 Ajuste de dosis	Ajuste de dosis	Ajuste de dosis	Ajuste de dosis	Ajuste de dosis
		2/7/2025	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
ESQUEMA DOSIS FIJA COMBINADA		Dosis en mg según peso a recibir	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg	Dosis mg
ADULTOS Mayores de 25kg	Isoniacida 75mg	225 MG								
	Rifampicina 150mg	450 MG								
	Etambutol 275mg	825 MG								
	Pirazinamida 400mg	1200 MG								
NIÑOS Menores de 25 kg	Isoniacida 50 mg									
	Rifampicina 75mg									
	Pirazinamida 150mg									
	Etambutol 100mg									
7.4 NÚMERO TOTAL DE TABLETAS		8 TB								

8. ESTUDIO DE CONTACTOS

8.1 NOMBRE Y APELLIDOS	8.2 PARENTESCO	8.3 EDAD	8.4 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	8.5 EAPB	8.6 ¿Es Sintomático Respiratorio- SR ?	8.7 ¿Se deriva a atención en salud?	8.8 ¿El contacto fue valorado clinicamente?	8.9 Si es SR ¿se tomó prueba molecular y sensibilidad a fármacos?	8.10 OBSERVACIONES

9. ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO

9.1 FASE INTENSIVA: Escribir el número consecutivo de dosis iniciando con el día que inicia el tratamiento, no importa el mes o año. Ejemplo: 01/02/2022 registra dosis 1, el 02/02/2022 dosis 2, etc. El día que no se administra se registra (NR).

MES-AÑO / DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	PESO en Kg
Mes: FEBRERO Año. 2025							1	2	NR	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	NR	16	17	18	19	20				
Mes: MARZO Año.2025	21	NR	22	23	24	25	26	27	NR	28	29	30	31	32	33	NR	34	35	36	37	38	39	NR	40	41	42	43	44	45	NR	46	
Mes: ABRIL Año: 2025	47	48																														
Mes: Año:																																
Mes: Año:																																
Mes: Año:																																

9.2 FASE DE CONTINUACIÓN: Escribir el número consecutivo de dosis iniciando con el día que inicia el tratamiento, no importa el mes o año. Ejemplo: 01/03/2022 registra dosis 1, el 02/03/2022 dosis 2, etc. El día que no se administra se registra (NR).

MES-AÑO / DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	PESO en Kg
Mes: ABRIL Año: 2025										1	2	3	NR	4	5	6	7	8	9	NR	10	11	12	13	14	15	NR	16	17	18	19	
Mes: MAYO Año: 2025	20	21	22	NR	23	24	25	26	27	28	NR	29	30	31	32	33	34	NR	35	36	37	38	39	40	NR	41	42	43	44	45	46	
Mes: JUNIO Año: 2025	NR	47	48	49	50	51	52	NR	53	54	55	56	57	58	NR	59	60	61	NR	NR	NR	NR	NR	NR	62	63	NR	64	65	66	NR	
Mes: JULIO Año: 2025	67	68	69	70	71	NR	72	73	74	75	76	77	NR	78	79	80	81	82	83	NR	84	85	86	87	88	89	NR	90	91	92	93	
Mes: AGOSTO Año: 2025	94	95	NR	96	97	98	99	100	101	NR	102																					
Mes: Año:																																
Mes: Año:																																
Mes: Año:																																
Mes: Año:																																

10. CONTROLES BACTERIOLÓGICOS
Fase intensiva: BK y Cultivo bimestral
Fase de continuacion: BK y Cultivo bimestral hasta finalizar el tratamiento.

Nº Mes	10.1 Resultado de Baciloscopia de control al tratamiento	(dd/mm/aa)	10.2 Resultado Cultivo Líquido	(dd/mm/aa)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

11. RECOMENDACIONES PARA CONTROLES DE TRATAMIENTO

* Cuando el diagnóstico sea por Prueba Molecular el control se realiza con Baciloscopia.
* Cuando el diagnóstico se haga por Cultivo líquido los controles deben realizarse por Cultivo líquido.
* Cuando el diagnóstico es de tuberculosis extrapulmonar no requiere controles bacteriológicos, el seguimiento es clínico y/o radiológico según médico tratante.
* Para los controles bacteriológicos se debe procesar UNA sola muestra para la Baciloscopia.
* Si la baciloscopia de control al finalizar la primera fase sale positiva, debe prolongar la fase intensiva y solicitar prueba molecular y cultivo líquido para descartar resistencia. Si es sensible se cambia a fase de continuación, pero si se detecta resistencia debe ajustarse a tratamiento acorde a los lineamientos nacionales.

12. REGISTRO DE CONTROLES AL SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO (Diligencie SI, NO o SD)

Mes	12.1 Médico general	12.2 Profesional de Enfermeria	12.3 Médico especialista	12.4 Radiografia PA y lateral	12.5 Psicologia	12.6 Nutrición	12.7 Trabajo Social	12.8 Test Psicológico	12.9 Recibe ARV si tiene VIH	12.10 Recibe TMSX si tiene VIH	12.11 Pruebas de funcion renal	12.12 Pruebas de función hepática	12.13 Hemograma y electrolitos	12.14 Acceso a programa de protección social
0	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
1	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

13. REACCIONES ADVERSAS (Diligencie SI, NO o SD)

Fecha	13.1 Ictericia	13.2 Prurito	13.3 Rash cutáneo	13.4 Hipoacusia	13.5 Dispepsia	13.6 Neuritis periférica	13.7 Alteración neurológica	13.8 Falla hepática	13.9 Falla Renal
2/18/2025	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/31/2025	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

15. OBSERVACIONES EN EL SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO

PACIENTE CONTROLADO QUIEN TERMINAS PRIMERA FASE EL 2 DE ABRIL DEL 2025

SE REMITEN LABORATORIOS DE CONTROL PARA INICIO DE SEGUNDA FASE

* Cuando el caso sea transferido a otra Entidad Territorial, se debe enviar (Ficha de notificación SIVIGILA, Copia de historia clinica, Formula médica, tarjeta de tratamiento diligenciada, a la entidad territorial de destino. Se entrega para autoadministración de máximo (15 dosis de tratamiento) para supervisión virtual mientras se da ubicación por la entidad receptora.
* Cuando el caso sea transferido a otro país debe enviarse al Centro Nacional de Enlace, con la misma documentación indicada y entregar 30 dias de tratamiento, previa firma de compromiso del usuario para supervisión virtual.
* Los casos descartados deberán ser excluidos en el análisis de la cohorte.

14. CONDICIÓN DE EGRESO

1 **14.1 CURADO**
2 **14.2 TRATAMIENTO TERMINADO**
3 **14.3 FRACASO**
4 **14.4 PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO** Causa:
5 **14.5 FALLECIDO** Causa:
6 **14.6 NO EVALUADO** Causa:
7 **14.7 DESCARTADO** Causa:

14.8 Fecha de egreso dd mm aaaa
14.9 IPS de egreso.
14.10 Nombre del profesional que certifica egreso:
14.11 Teléfono:
14.11 Correo electrónico:

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

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

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

1. Tema: Visita de Supervisión
2. Lugar o Localidad o Sede: Ventas Hurdo Mejor
3. Fecha y hora: 11/08/2025 9:30 am
4. Nombre responsable: Diego Alejandro Duarte Luque.
5. Dependencia responsable: Equipo Apoyo a la Supervisión.

6 Ítem	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad		9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono y Ext. / Celular	14. Firma
		8.1 Tipo	8.2 Numero						
1	Cristian Palacios Palacio	CC	1071888532	Alta Dependencia	T. Ambiental	Contratista	Cristhian0888@hotmail.com	3135551368	
2	EDWAR PAZ LOPEZ	CC	14325159	Alta Dependencia	Tec Admtivo	Contratista	Edwar.Paz@gmail.com	3107718206	
3	Lina Guayara	CC	1030625466	Alta dependencia ventas	Coordinadora	Contratista	vventas@gmail.com	3217498094	
4	Alba Aracely Capera	CC	1070611609	Alta dependencia	Aux Enferme	contratista	de un mundo mejor@gmail enfermeria ventas	3007205749	ALBA C.
5	Gloria S. Labrad	CC	60275815	Sdis Adultez	Enfermera	Contratista	gpinzon@sdis.gov	3184873640	
6	Francisco A. Hernandez	CC	1014240345	SDIS Adultez	Tecnico	Contratista	fhernandez@sdis.gov.co	3177001626	
7	Lina Paola Garzón	CC	52235999	SDIS-Adultez	Pf-Ambiental	Contratista	lpgarzonm@sdis.gov.co	3112560876	
8	Yuri Calderon	CC	1075871701	SDIS-Adultez	Supervisor	Contratista	ycalderon@sdis.gov.co	2157519376	
9	Diego Alejandro Duarte	CC	1016093242	Adultez	Supervisor	Contratista	ddduarte@sdis.gov.co	3208661549	
10	Yadira Herreño	CC	52366247	Adultez	Profesional	Contrat-	cheffenohe@sdis	3143632205	
11	Leidy Duarte	CC	53094452	Adultez	Lider	Contratista	ldduarte@sdis.gov.co	3208202279	
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

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

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