

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

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

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

ACTA DE REUNIÓN

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

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
DIRECCION DE PARTICIPACION SOCIAL GESTION TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SUBDIRECCION TERRITORIAL RED NORTE	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANA Y PARTICIPACION SOCIAL

Proceso

Objetivo	Fecha: 13 DE NOVIEMBRE 2025			
Realizar fortalecimiento en salud con articulación subred Norte por medio de taller resolución 3280/2018 explicando los componentes de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, dirigido a personas mayores de la Organización sueños de Antaño, con el objetivo de fortalecer las acciones que el sistema de salud debe garantizar que contribuyan a mitigar los factores de riesgo, para promover la participación empoderada en el marco de la estrategia LISTOS y la política participación social en salud.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()	Capacitación ()	
	Orientación ()	Acompañamiento ()		
	Otro (X) Taller			
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ()	Mixta ()
	Lugar: sueños de Antaño - CL140 a 109 c 21			
	Hora Inicio: 9:00 am Hora Fin: 11:00 am			
	Notas por : Juliette Alexandra Orjuela Gutiérrez			
Próxima Reunión: N/A				
Quien cita: N/A				

Fecha: 13 DE NOVIEMBRE 2025

Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ()	Mixta ()
------------	------------------	-------------	-----------

Hora Inicio: 9:00 am Hora Fin: 11:00 am

Próxima Reunión: N/A

Quien cita: N/A

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

- Saludo y bienvenida
- Actividad de inicio-rompe hielo
- Conceptos Resolución 3280 de 2018
- Esquema de vacunación para mayores de 50 años
- Espacio de comentarios y preguntas
- Cierre

Se da inicio al fortalecimiento siendo las 9:00 am en el salón comunal sueños de antaño de la localidad de suba. Juliette Orjuela socializa que, en el marco del Modelo de Salud MAS Bienestar, se desarrolla la

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

estrategia LISTOS, liderada por la Dirección de Participación Social en Salud de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Esta estrategia busca fortalecer la participación social en salud a través de la implementación de Laboratorios de Innovación Social y Transformación en Salud, el empoderamiento ciudadano y el fortalecimiento de las organizaciones sociales. Con estas acciones se promueve una mayor cohesión comunitaria, el acceso a servicios de atención más integrales y una verdadera apropiación social de la salud, contribuyendo al acceso equitativo y a la construcción de territorios de **MAS Bienestar** en la localidad de Suba. En este contexto, se realiza un proceso de fortalecimiento comunitario mediante taller resolución 3280/2018 explicando los componentes de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, dirigido a personas mayores de la Organización sueños de Antaño, con el objetivo de fortalecer las acciones que el sistema de salud debe garantizar que contribuyan a mitigar los factores de riesgo. Se desarrolla a través de dinámica ludico-pedagógica para promover la participación empoderada, con quienes se impulsa un ejercicio participativo que permita identificar y responder a las necesidades territoriales en salud, promoviendo así una participación social transformadora y activa.

➤ Actividad de inicio-rompehielo

Juliette Orjuela desarrolla actividad lúdica utilizando el juego de “Triqui”, adaptado para el trabajo grupal. Para ello, organiza a los participantes en dos equipos y dispone de fichas grandes elaboradas en cartón paja, marcadas con los símbolos “X” y “O”. El objetivo principal del juego es que cada grupo logre ubicar tres de sus símbolos en línea recta ya sea de forma horizontal, vertical o diagonal dentro de un tablero ampliado de 3x3 casillas en lana dispuesto en el suelo. Durante el desarrollo de la dinámica, Juliette anuncia cada turno con la palabra “¡Triqui!”, indicando el momento en que cada equipo puede colocar su ficha. Los participantes dialogan y tomar decisiones rápidas sobre la estrategia para alcanzar la línea ganadora. El equipo que logra formar primero la secuencia correcta se declara ganador de la ronda.

A medida que los grupos van perdiendo las partidas, Juliette aprovecha el momento para realizarles preguntas orientadoras a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud:

- ✓ ¿Con qué frecuencia asiste a controles médicos generales?
- ✓ ¿Toma sus medicamentos según la indicación del profesional de salud?
- ✓ ¿Realiza actividades para cuidar su higiene personal?
- ✓ ¿Consume agua, frutas y verduras todos los días?
- ✓ ¿Cada cuanto asisten a controles de odontología?
- ✓ ¿Qué vacuna deben aplicarse cada año?

Algunos adultos manifiestan:

- Que asisten cada tres o 6 meses a control medico y cuando se sienten mal acuden por urgencias.
- Algunos refieren que se toman los medicamentos según como se sientan.
- Refieren que todos los días se bañan, se cepillan los dientes después de cada comida y mantienen sus manos limpias. También cuidan sus uñas y se cambian de ropa con regularidad.
- *Que Sí, tratan de comer frutas y verduras todos los días, pero a veces no les alcanza el dinero.*
- *Refieren que ya casi no van a controles odontológico porque tiene prótesis totales.*
- *Dicen que no saben que vacuna se debe colocar cada año*

Juliette realiza una reflexión de mejorar la asistencia a los servicios de salud según resolución 3280/2018 sus prácticas de autocuidado son fundamental para prevenir enfermedades porque permite que cada persona sea protagonista de su propia salud y bienestar. Estas preguntas buscan promover la reflexión sobre fortalecer la conciencia sobre la importancia del autocuidado en su vida cotidiana. De esta manera, el juego no solo

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

fomenta la participación y el trabajo en equipo, sino que también se convierte en una herramienta pedagógica para explorar conocimientos, percepciones y comportamientos asociados al bienestar individual y colectivo. Expresa que las enfermedades crónicas no transmisibles es un tema priorizado en el Distrito y en la localidad de Suba, es por ello que, desde la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad se atiende este reto por medio del fortalecimiento de capacidades a diferentes grupos poblacionales, como lo son las adultas mayores de sueños de antaño.

➤ **Conceptos la Resolución 3280 de 2018**

La delegada de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de la Subred Norte para la localidad de Suba, la profesional Vivian Moreno, socializó la Resolución 3280 de 2018, explicando los componentes de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud para personas mayores. Se presentó la Valoración Integral, que incluye la atención por medicina general y salud bucal. La Detección Temprana, compuesta por el tamizaje de cáncer de cuello uterino, de mama, de próstata, de colon y el tamizaje de riesgo cardiovascular.

JUVENTUD: 18 A 28 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS	ADULTEZ: 29 A 59 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS
ASISTIR MÍNIMO 2 VECES DURANTE ESTE RANGO DE EDAD 21 Y 26 AÑOS : 1 ATENCIÓN POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR ODONTOLOGÍA: 1 VEZ CADA 2 AÑOS. •ELIMINACIÓN DE PLACA BACTERIANA 1 VEZ AL AÑO. TAMIZAJE CA CUELLO UTERINO CITOLOGÍA 20 A 24 AÑOS (SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL RIESGO) PRUEBA RÁPIDA DE VIH , PRUEBA DE HEPATITIS B Y SÍFILIS: : DE ACUERDO A EXPOSICIÓN AL RIESGO	ASISTIR 7 VECES DURANTE ESTE RANGO DE EDAD Entre 29 a 34 años, 35 a 39 años, 40 a 44 años, 45 a 49 años, 50 a 52 años, 53 a 55 años y 56 a 59 años: 1 CONSULTA POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR. ODONTOLOGÍA: 1 VEZ CADA 2 AÑOS. •ELIMINACIÓN DE PLACA BACTERIANA 1 VEZ AL AÑO. TAMIZAJE CA CUELLO UTERINO: •TAMIZAJE CA MAMOGRAFÍA •VALORACIÓN CLÍNICA DE MAMA •TAMIZAJE CA DE PRÓSTATA •BIOPSIA DE PRÓSTATA: SEGÚN HALLAZGOS •TAMIZAJE CA DE COLON •COLONOSCOPIA: SEGÚN RESULTADO. •TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO QUINQUENAL. (Triglicéridos, colesterol, glicemia, Tiroides) •PRUEBA RÁPIDA DE VIH , PRUEBA DE HEPATITIS B Y SÍFILIS: : DE ACUERDO A EXPOSICIÓN.

Dentro de este proceso se hace énfasis en los tamizajes de detección temprana poblacional.

➤ **Cáncer de cuello uterino**

Mujeres menores de 25 años (con factores de riesgo) Más de 3 hijos o más de 3 parejas sexuales o inicio de vida sexual antes de los 15 años. Citología cada 3 años.

Mujeres de 25 a 29 años: Citología cada 3 años

Mujeres de 30 a 65 años: ADN-VPV cada 5 años

Esquema de vacunación VPH: Hombres y mujeres de 9 a 17 años.

Se da la claridad que este esquema es para población sana, y que, en caso de tener un resultado anormal, se debe ser adherente al tratamiento.

- **Examen clínico de mama:** Desde los 40 años de manera anual y al detectar anomalías, es importante socializar al médico para que se realice antes. De encontrar algún signo de alarma enviarán ecografía mamaria y se procederá de acuerdo a resultados.
- **Mamografía bilateral:** Desde los 50 hasta los 69 años, cada dos años. De acuerdo a resultados se realizarán diferentes acciones, por esto es importante reclamar el resultado y ser adherente a los tratamientos.
- A partir de los 50 hasta los 75 años hombres y mujeres deben solicitar sangre oculta en heces cada

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

dos años, pero de igual manera se socializan los signos de alarma, para solicitar el examen de manera oportuna.

- Pérdida de peso
 - Pérdida de cabello
 - Sangrado rectal activo
 - Masa abdominal palpable
 - Cambio en el hábito intestinal
 - Cáncer de próstata
- A partir de los 50 y hasta los 75 años, se resalta en los hombres la importancia de acceder al tamizaje, relacionando que se deben hacer tanto el tacto rectal como el antígeno prostático, y se relaciona que el más importante es el tacto rectal. Eliminando esas creencias e imaginarios que se han adquirido a lo largo de los años.

la Protección Específica, que abarca profilaxis y remoción de placa bacteriana, detartraje supragingival, atención en salud para asesoría en anticoncepción y esquemas de vacunación.

➤ **Esquema de vacunación para mayores de 50 años**

1) Influenza.: Reduce complicaciones respiratorias y hospitalizaciones
Dosis: 1 dosis anual.

2.) Neumococo: Para prevenir neumonía, meningitis y otras infecciones invasivas.
A partir de los 50 años (según condición de riesgo):

- PCV13 o PCV15 (una vez en la vida).
- PPSV23 (una vez, mínimo un año después de la anterior).

A partir de los 60 años (general población): Se refuerza esquema según lineamientos locales.

3) COVID-19

Dosis: Refuerzos según el lineamiento vigente del Ministerio de Salud.

4) Herpes zóster (culebrilla)

- Vacuna recomendada a partir de los 50 años.
- Se aplica una serie de 2 dosis (dependiendo del biológico disponible).
- Reduce de manera importante el riesgo de culebrilla y neuralgia posherpética.

Esta socialización permitió fortalecer la comprensión del grupo sobre las acciones que el sistema de salud debe garantizar y promover una participación social activa y empoderada, orientada a la exigibilidad del derecho a la salud, al autocuidado y a la toma de decisiones informadas para su bienestar y el del territorio.

Espacio de comentarios y preguntas

- Refieren que al conocer con mayor claridad a qué edad deben realizarse los exámenes de mama, el tamizaje de cuello uterino, la citología, el tacto rectal y la prueba del antígeno prostático, se sienten más informados y empoderados frente al cuidado de su salud.
- Expresan que este conocimiento les permite comprender mejor la importancia de la detección temprana y reconocer cuáles son los controles que les corresponden según su edad y su condición de

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

salud.

- Comentan que a través del proceso de fortalecimiento y los espacios formativos desarrollados, han comprendido la importancia de mejorar sus hábitos diarios relacionados con la alimentación y la actividad física. Reconocen que estos aprendizajes no solo les permiten incorporar prácticas más saludables en su vida cotidiana, sino que también contribuyen de manera significativa a la prevención de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y los trastornos cardiovasculares.
- Las participantes expresan su profundo agradecimiento por el proceso de fortalecimiento brindado a la organización, destacando que este acompañamiento ha representado una oportunidad significativa para el aprendizaje y el crecimiento conjunto. Señalan que, a través de las diferentes actividades y espacios de formación, han podido adquirir nuevos conocimientos, intercambiar experiencias y desarrollar habilidades que antes no habían explorado.
- Al finalizar la jornada, la gestora de participación social transformadora de Secretaria Distrital de salud y la delegada de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de la Subred Norte para la localidad de Suba expresaron un especial agradecimiento a la organización *Sueños de Antaño*. Resaltaron de manera enfática la participación activa de cada uno de sus integrantes, así como el entusiasmo, la dedicación y la disposición demostrados durante todo el desarrollo del taller.

Cierre

El fortalecimiento se da por terminada siendo las 11:00 am con 19 personas abordadas.

Registro fotográfico





ACTA DE REUNIÓN

1



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



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	ACTA DE REUNIÓN		
	Código:	SDS-DFO-FT-001	

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

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Alvaro Amado Camacho	alvaro.camacho@alcaldia.gov.co	3134636579	Secretaría de Salud	[Firma]
2	Divina Paola Moreno	moreno2@gmail.com	3214632509	Subred Norte	[Firma]
3	Juliette Ochoa	solis@alcaldia.gov.co	3115265954	SDS - DPSC/TC	[Firma]
4					
5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (x) No ()	SE ANEXA LISTADO DE ASISTENCIA Y ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN Y PRESENTACIÓN.

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.



LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES COMUNITARIAS

Código:

SDS-RPS-FT-020

Versión:

1

Elaborado por: Nathaly López / Revisado por: Carolina Calderón – Ana Ma. Cárdenas / Aprobado por: Alejandra Taborda Restrepo

Acepta términos y condiciones: Con mi firma, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud, para hacer uso y tratamiento de mis datos personales de conformidad con lo previsto en el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Ley 1581 de 2012 (Política de protección de datos personales)

Tema: Fortalecimiento cursos de Antaño - Resolución 3280/2018 Fecha: 13/NOVIEMBRE/2025

Hora Inicio: 9:00 AM Hora Fin: 11:00 AM Lugar: SUEÑOS DE ANTAÑO

N.	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	LOCALIDAD	ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	E D A D	¿Cuál es su sexo biológico?				¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?								¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?						FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
								Femenino	Masculino	Intersexual	No responde	Migrantes	Gestante	Persona con discapacidad	Victima del conflicto armado	LGTBIQ+	Excombatiente	Persona en condición de calle	Campesino/Campesina	Persona usuaria de drogas	Ninguno	Afrodescendiente	Negro/a	Palenque San Basilio	Ralzal Arch. San Andrés		Indígena	Rrom o gitano	Ninguno																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
1	M ^{te} del Rosario Losada.	CC 41753913	Suba	SUEÑOS DE ANTAÑO	Papeleteria ortusegma	3164559719	68	x																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																



LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES COMUNITARIAS

Código:

SDS-RPS-FT-020

Versión:

1

Elaborado por: Nathaly López / Revisado por: Carolina Calderón – Ana Ma. Cárdenas / Aprobado por: Alejandra Taborda Restrepo

N.	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	LOCALIDAD	ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	EDAD	¿Cuál es su sexo biológico?				¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?							¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?					FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
								Femenino	Masculino	Intersexual	No responde	Migrantes	Gestante	Persona con discapacidad	Victima del conflicto armado	LOTSIQ+	Excombatiente	Persona en condición de calle	Campesino/Campesina	Persona usuaria de drogas	Ninguno	Afrodescendiente	Negro/a		Palenque San Basilio	Raizal Arch. San Andrés	Indígena	Rom o gitano	Ninguno																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
7	Rosa María Zalala	cc 41418193	Suba	Sueños de Antaño	Rosamaria Zblp@gmail.com	3123709178	75	x																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		</



LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES COMUNITARIAS

Código:

SDS-RPS-FT-020

Versión:

1

Elaborado por: Nathaly López / Revisado por: Carolina Calderón – Ana Ma. Cárdenas / Aprobado por: Alejandra Taborda Restrepo

Acepta términos y condiciones: Con mi firma, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud, para hacer uso y tratamiento de mis datos personales de conformidad con lo previsto en el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Ley 1581 de 2012 (Política de protección de datos personales)

Tema: Fortalecimiento de líderes de barrio - Asesoría 3280 / 2018

Fecha: 13 NOVEMBER 2025

Hora Inicio: 9:00 AM

Hora Fin: 11:00 AM

Lugar: SUEÑOS DE ANTAÑO

N.	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	LOCALIDAD	ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	E.D.A	¿Cuál es su sexo biológico?				¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?										¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?										FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
								Femenino	Masculino	Intersexual	No responde	Migrantes	Gestante	Persona con discapacidad	Victima del conflicto armado	LGTBIQ+	Excombatiente	Persona en condición de calle	Campesino/Campesina	Persona usuaria de drogas	Ninguno	Afrodescendiente	Negro/a	Palenque San Basilio	Raizal Arch. San Andrés	Indígena	Rom o gitano	Ninguno																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
1	Ha Harlen Jarama	41488452	Suba	Sueños de Antaño	—	3107569777	75	x																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</



LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES COMUNITARIAS

Código:

SDS-RPS-FT-020

Versión:

1

Elaborado por: Nathaly López / Revisado por: Carolina Calderón – Ana Ma. Cárdenas / Aprobado por: Alejandra Taborda Restrepo

N.	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	LOCALIDAD	ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	E D A	¿Cuál es su sexo biológico?				¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?										¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?						FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
								Femenino	Masculino	Intersexual	No responde	Migrantes	Gestante	Persona con discapacidad	Victima del conflicto armado	LGTBIQ+	Excombatiente	Persona en condición de calle	Campesino/Campesina	Persona usuaria de drogas	Ninguno	Afrodescendiente	Negro/a	Palenque San Basilio	Raizal Arch. San Andrés	Indígena	Rrom o gitano		Ninguno																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
7	Hona Teresa Grevato	41482365	Guba	Sueños de Antaño	maryates1950@gmail.com	3134636579	75	x																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			</

a/ba

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD		
	Código:	SDS-RPS-FT-014	

Elaborado: Ana M. Cárdenas / Revisado: Yolanda Sepúlveda / Aprobado: Alejandra Taborda Restrepo

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: fortalecimiento grupos de auto Fecha: 13 noviembre/2025
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) J. R. J. J. J.
 Teléfono: 3115333619 Localidad de residencia: Suba
 Organización / Entidad a la que pertenece: grupos de auto

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Si X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

Carrera 32 No. 12-81 Tel.: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD		
	Código:	SDS-RPS-FT-014	

Elaborado: Ana M. Cárdenas / Revisado: Yolanda Sepúlveda / Aprobado: Alejandra Taborda Restrepo

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: foro-teledocumento sobre S de Antioquia Fecha: 13 November / 2025
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Maria Marly Jaramila
 Teléfono: 310 9569 779 Localidad de residencia: Saba
 Organización / Entidad a la que pertenece: Santos de Antioquia

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez No

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No

Si su respuesta fue NO, por favor explique:

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

Carrera 32 No. 12-81 Tel.: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD		
	Código:	SDS-RPS-FT-014	

Elaborado: Ana M. Cárdenas / Revisado: Yolanda Sepúlveda / Aprobado: Alejandra Taborda Restrepo

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: fortalecimiento suecos de enteo Fecha: 13 noviembre/2018
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Miguel Ángel Barrera Chaves
 Teléfono: 3219491085 Localidad de residencia: BOGOTÁ
 Organización / Entidad a la que pertenece: COPIOS de ORIASO

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

Carrera 32 No. 12-81 Tel.: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-RPS-FT-014	Versión:	

Elaborado: Ana M. Cárdenas / Revisado: Yolanda Sepúlveda / Aprobado: Alejandra Taborda Restrepo

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: FORTALECIMIENTO SEGUROS DE VOTO Fecha: 13 Noviembre / 2025
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Rita García
 Teléfono: 321 7038063 Localidad de residencia: BOGOTÁ
 Organización / Entidad a la que pertenece: SEGUROS DE VOTO

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones		X		
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada		X		
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos		X		
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)		X		
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada		X		
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada		X		
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades		X		
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor		X		
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día		X		
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		X		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

Carrera 32 No. 12-81 Tel.: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co



Resolución 3280 / 2018

Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento
de la Salud – Vejez

Política Pública de Envejecimiento y Vejez - Suba



RECOMENDACIONES DE MELI PARA REUNIONES EFECTIVAS

- **Puntualidad** tanto en la hora de inicio como en la hora de finalización.
- **Definir agendas** con tiempo y realizar control de los mismos.
- **Presencia auténtica** en el desarrollo de toda la reunión.
- **Uso de celulares** en modo silencioso.
- **Desarrollar el tema corporativo.**
- **Revisar cumplimiento de compromisos** de reuniones anteriores.
- **Dejar claras las decisiones, compromisos, responsables y fechas de ejecución.**
- **Garantizar la divulgación de las decisiones en cascada.**
- **Informe las instrucciones de emergencia y ubique el punto de encuentro.**

Promover el respeto de la dignidad del ser humano

es el objetivo de nuestra Política de Humanización

Memoriza los atributos

-  **Trato humanizado** y cálido - saludo
-  Comunicación **asertiva e incluyente**
-  Respeto por la **confidencialidad** y la privacidad
-  Respeto por las condiciones de **silencio**
-  Manejo integral del **dolor** en la atención
-  Ambientes humanizados **centrados en la persona**
-  Atención **sin discriminación** con enfoque diferencial



Realiza esta encuesta



Objetivo General

Favorecer un espacio de apropiación de la Resolución 3280 de 2018 en el marco del Modelo de Salud MAS Bienestar, que permita promover una participación social transformadora y empoderada del grupo de personas mayores en la exigibilidad del derecho a la salud, fortaleciendo sus capacidades para el autocuidado, la prevención de la enfermedad y la incidencia en las decisiones que contribuyen a su bienestar y a la salud en el territorio.



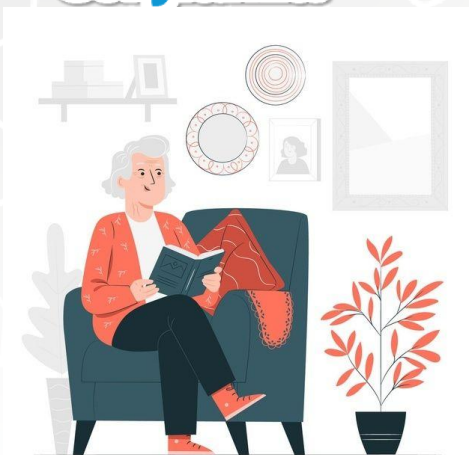
¿Qué es la RPMS?

- Herramienta obligatoria en el territorio nacional.
- Garantiza la promoción en salud, la prevención de la enfermedad.
- Generación de una cultura del cuidado en todas las personas, familias y comunidades.
- Definir, integrar y ordenar intervenciones individuales, colectivas y poblacionales para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud enmarcados, siempre, en el concepto de atención integral en salud.





RPMS – VEJEZ (60 años y mas)



Valoración Integral

Atención por medicina general y salud bucal.



Detección Temprana

- Tamizaje de cáncer de cuello uterino, de cáncer de mama, de cáncer de próstata, de cáncer colon.
- Tamizaje de riesgo cardiovascular



Protección Específica

- Profilaxis y remoción de placa bacteriana
- Detartraje supragingival
- Atención en salud para la asesoría en anticoncepción.
- Vacunación



Educación en Salud

Individual, familiar y grupal

Gracias

Síguenos en nuestros canales digitales



X

SubRedNorte



Facebook

SubRed Norte ESE



TikTok

SubRednorteese



Instagram

SubRednorteese



YouTube

SubRednorteese



LinkedIn

Subred Norte E.S.E



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.



SECRETARÍA DE
SALUD

