Lugar	Atención Sociosanitaria Transitoria Memoria y Saber
Fecha	19/12/2025
Tema	Socialización Diligenciamiento de Formatos
Desarrollo	Se realiza socialización del correcto diligenciamiento de formatos de FOR-PSS-143 Formato Registro Diario Actividades de Cuidado para la Salud y FOR-PSS-143 Formato de Registro de Constantes Vitales para Persona Mayor, FOR-PSS-583 a los auxiliares de Enfermería del Sociosanitario Transitoria Memoria y Saber. Se realiza envió en medio magnético de los formatos con su respectivo instructivo previamente para su lectura análisis para de este poder aclarar las inquietudes que se tienen para su diligenciamiento

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 4

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

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

UNIDAD OPERATIVA: _____

SERVICIO: _____

FECHA Y HORA (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)	ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS DURANTE LA ATENCION (actividades y procedimientos)	NOMBRE, IDENTIFICACION Y FIRMA

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Este formato se puede utilizar tanto anverso como el reverso con la misma configuración.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: Registrar, tal como aparece en el documento de identidad, nombres y apellidos completos del participante.
No. DE DOCUMENTO: Registrar, tal como aparece en el documento de identidad, el

	número del documento de identidad de la persona. Marcar una X según corresponda: RC: Registro Civil de Nacimiento; TI: tarjeta de identidad, o CC: Cedula de Ciudadanía. UNIDAD OPERATIVA: Registrar el nombre designado para el centro donde se presta el servicio. SERVICIO: Registrar el nombre del servicio en donde es atendida el participante. FECHA Y HORA: En esta casilla registrar la hora y fecha de las actividades realizadas para el cuidado de los participantes durante la atención en el servicio. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CUIDADO: En esta casilla Describir las actividades y procedimientos realizados (como: deambulación planificada, cambios de posición entre otros) veces realizadas, observaciones y respuestas de la persona, de tal forma que evidencie los cuidados proporcionados durante la atención en las unidades operativas. Tener en cuenta los Datos Subjetivos: Describir los síntomas (dolor, náuseas, vértigo entre otros) incluyendo la localización, intensidad, comienzo, factores precipitantes, frecuencias y duración y factores de agravamiento y alivio. En los Datos objetivos: Describir los signos (erupciones cutáneas, sonidos respiratorios anormales o disminuidos) incluyendo localización, comienzo, factores de agravamientos y alivio. Describir datos concretos que correspondan a las características de los participantes al ingreso, permanencia y salud del servicio, atender las siguientes recomendaciones: • Registrar cambios de conducta de la persona (ansiedad, confusión, irritación) incluyendo conductas mostradas, factores precipitantes, cuidados prestados y respuesta final del participante. • Registrar los cambios en el estado de la persona, suministro, aceptación y tolerancia de alimentación y la administración de medicamentos; registrar los datos del progreso del estado general, sea favorable o desfavorable. • Registrar si participa en las actividades o talleres planeados en el servicio. • Registrar detalladamente los cuidados, haciendo referencia de los datos que tienen que ver con sus características y condición de salud, es importante registrar estados de ánimo. Datos claros y concisos sobre señales de alarma, toma de decisiones para la atención en su institución prestadora de salud, si así lo amerita.

Instrucciones de diligenciamiento del formato registro diario de actividades de cuidado para la salud

1. Nombre del participante se debe registrar tal cual como aparece en el documento de identidad de la persona mayor el cual se les va a hacer entrega del acetato con copia del documento de identidad.

2. Número de documento de identidad claro y legible se debe marcar el tipo de documento de la persona mayor

3. Nombre del servicio: Atención sociosanitaria transitoria

4. Nombre del centro: Memoria y Saber

5. Fecha y hora: Se debe de diligenciar Día mes y año separados con Slash no con guion.

6. La hora se debe de registrar modelo de 24 horas separados por puntos no por signo más es decir 12:00 No 12+00.

7. La descripción de las actividades deben de ir en tres tiempos donde se debe colocar siempre fecha y hora tanto en los turnos de día y de noche.

8. Cada uno de los tiempos debe ser un concepto totalmente diferente no puede ser una nota de corrido al finalizar cada uno de los conceptos se debe de registrar a la derecha del formato nombre, número de documento y firma.

9. No enmendaduras no tachones no borrones notas con calidad.

10. El auxiliar de enfermería que dañe un registro debe de reportarlo y no continuar con la nota ya que afecta la redacción de la continuidad de la nota.

11. El auxiliar de enfermería que dañe el registro se debe de comprometer a pasar toda la información de la hoja que se dañó.

12. No se deben de dejar espacios en blanco ni renglones sin diligenciar ningún tipo de información al realizar el cambio de página o de hoja.

13. El turno noche es el encargado de archivar diariamente los formatos que se encuentren diligenciados completamente y realizar la apertura del nuevo formato.

Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	Gerson Orjuela Herrera	Enfermero	Subdirección para la vejez
	Se anexa listado de participantes	Auxiliares de Enfermería	Subdirección para la vejez
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	Correcto diligenciamiento de formatos	Auxiliares de Enfermería	Diciembre 2025
Próxima reunión	No aplica		
Elaboró	Gerson O. Orjuela H. – Enfermero		

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: Socialización Diligenciamiento de Formatos 2. Lugar o Localidad o Sede: Memoria y Saber 3. Fecha y hora: 29/12/2025

4. Nombre responsable: Gerson Orjuela 5. Dependencia responsable: Subdirección para la Vejez

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 Número						
1	Diana Patricia Garcia López	CC	1002466661	Memoria y Saber	Aux Enfermería	—	dianagarcialopez@	3016461087	Diana G
2	Luz Dary Poveda G.	CC	52752117	Memoria y Saber	Aux Enfermería	—	luzpoveda@gmail.com	3197552150	Luz Poveda
3	Anabel Hernandez	CC	1001279552	Memoria y Saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3202306207	[illegible]
4	Nidia Catrina	CC	53139752	Memoria y Saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3192559010	[illegible]
5	Yuliana Mora	CC	1076897511	Memoria Saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3208655160	Yuliana
6	Leidy Torres	CC	53882303	Memoria Saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3203531035	Leidy
7	Marcela Bonilla	CC	1022931390	Memoria saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3184599882	[illegible]
8	Sandra Milena Fino	CC	52712034	Memoria saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3204113455	[illegible]
9	Luz Dary Ureyo R.	CC	52175099	Memoria y saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3213332407	Luz Dary Ureyo
10	Juan Gabriel Bercha G	CC	3186090	Memoria y Saber	Aux Enfermería	—	[illegible]	3182300458	[illegible]
11	Elena Serna	CC	1035421634	Memoria y saber	Aux enf	—	[illegible]	3122170008	[illegible]
12	[illegible]	CC	1023083914	Memoria y saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3115861883	[illegible]
13	[illegible]	CC	1023077888	Memoria y saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3043747878	[illegible]
14	Fernanda Henao T	CC	1023016854	Memoria y Saber	Aux enfermería	—	[illegible]	3103530875	Fernanda H
15	Daniela Nos Guevara	CC	1094942463	Memoria y Saber	Auxiliar de enfermería	—	[illegible]	3007507416	[illegible]
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 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"

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.

Powered by CamScanner