Lugar	*Centro transitorio Samper Mendoza*
Fecha	*28 de enero 2026 8:00 am*
Tema	*Socialización Anexo Técnico*
Desarrollo	*Siendo las 8:00 a.m. se da la bienvenida al Centros Cuidado Transitorio Samper Mendoza del Servicio Cuidado Transitorio Día/Noche, esta socialización estuvo liderada coordinación, se les informa que esta reunión tiene el objetivo de socializar los anexos técnicos de acuerdo con el proceso competitivo SDISDCT092-004-2025 – Convenios 8075-2025.* *ANEXO TÉCNICO (1 – 4) COMPONENTE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA* *Objetivo General del Anexo Técnico:* *Brindar orientaciones técnicas, metodológicas y conceptuales referente a la atención de las personas mayores de 60 años en adelante, a través del Servicio de Cuidado Transitorio Día-Noche, relacionado con el componente de Atención Integral para el de Gestión Administrativa y Desarrollo Humano en virtud de lo establecido en el Artículo 25º del Decreto 607 de 2007 y sus modificaciones, en su literal c) indica: "Establecer los métodos y procedimientos para verificar y evaluar la operación de los programas, proyectos y servicios de su área en el marco de los lineamientos políticas, enfoques, estrategias, procesos y procedimientos definidos por la entidad para la atención de ellos grupos poblacionales a su cargo". Normatividad Nacional:* ✓ *Constitución Política: Artículos específicos* ✓ *CONPES 2793 del 1995* ✓ *Ley 319 de 1996* ✓ *Ley 1251 de 2008* ✓ *Ley 1315 de 2009* ✓ *Ley 2055 de 2020* ✓ *Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031* *Normatividad Distrital:* ✓ *Decreto 607 DE 2007* ✓ *Decreto Distrital 345 de 2010.* ✓ *Resolución 0218 de 2023.* ✓ *Acuerdo 927 de 2024 Expedido por el concejo de Bogotá D.C* *DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO CUIDADO TRANSITORIO DÍA-NOCHE.* *Definición del Servicio:* *El Servicio Cuidado Transitorio Día-Noche busca brindar atención integral transitoria a personas mayores de sesenta (60) años o más en riesgo de habitar calle o habitantes de calle, en jornada diurna y nocturna, para promover el restablecimiento de derechos, la*

	transformación de imaginarios y prácticas adversas a la vejez, la dignidad humana y el envejecimiento activo, por medio de acciones de autocuidado, mantenimiento de capacidades y ocupación humana. *Población a la que se dirige:* *Personas mayores de sesenta (60) años o más en riesgo de habitar calle o habitantes de calle.* *Ingreso al servicio:* *El horario de atención del Servicio de Cuidado Transitorio Día-Noche se prestará de domingo a domingo, en 2 jornadas de atención. En la jornada día se prestará de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y en la jornada noche de 6:00 p.m. a 7:00 a.m.* *Criterios de Ingreso:* • *Persona mayor de sesenta (60) años o más en riesgo de habitar calle o habitantes de calle.* • *Persona que no tengan dependencia severa, grave o total, o que requieran unidad de cuidado crónico, procedimientos invasivos o unidad de salud mental.* *Criterios de Priorización:* • *Persona víctima de hechos violentos asociados con el conflicto armado, residente en la ciudad de Bogotá y de acuerdo con las directrices establecidas en la Ley 2421 de 2024 y los Decretos Nacionales 4633, 4634 y 4635 de 2011 y la Ley 2078/21, incluida en el Registro Único de Víctimas – RUV.* • *Persona Indígena o Rrom Gitana registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente. Censos oficiales de comunidades étnicas: Indígena Cabildos reconocidos en la ciudad de Bogotá 2021 Entrega única Ministerio del Interior.* • *Persona Afrocolombiana, registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente.* • *Persona Raizal registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente* • *Persona Palenquera registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente.* • *Persona Indígena, registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente* • *Persona Rrom o Gitana registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listado enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente* • *Persona mayor con discapacidad, y certificado de discapacidad emitido por la autoridad competente, que registre en el nivel de desempeño en los dominios de movilidad, cuidado personal y actividades de la vida diaria, es igual o superior a*

	50 untos, en el marco de lo dispuesto en la Resolución 1239 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social • *Persona perteneciente a los sectores sociales LGBTI* • *Persona mayor de setenta y cinco (75) años o mas* • *Persona que se identifique como mujer.* • *Persona que vive en soluciones habitacionales temporales "paga diarios".* • *Restricciones establecidas por el portafolio de servicios de la Resolución 0218 del 8 de febrero del 2023* • *Servicio Comunidad de Cuidado.* • *Servicio de Comunidad de Vida para población Habitante de Calle* • *Servicio de Prevención del Riesgo de Habitar Calle* • *Servicio de Alta Dependencia, Física, Mental o Cognitiva para Población Habitante de Calle* • *Servicio de Atención y Desarrollo de Capacidades parar Mujeres Habitantes de Calle.* *Permanencia en el Servicio:* *El Asociado deberá cumplir con lo establecido en el Lineamiento de Atención para el Servicio de Cuidado Transitorio Día-Noche (SDIS, 2023), donde se aclaran los tiempos de permanencia, pasos a seguir para la correcta prestación del Servicio a las personas mayores.* *Egreso del Servicio establecidos en el portafolio de servicios de la Resolución 0218 del 8 de febrero del 2023:* *Los criterios de egreso de las personas mayores participantes del Servicio se definirán de acuerdo con la normatividad vigente que regula los criterios para la prestación de los servicios sociales de la SDIS y las modificaciones a que hubiere lugar. Dentro de estos se encuentran:* • *Retiro voluntario manifestado libre y expresamente por escrito* • *Incurrir en falta gravísima establecida en el pacto para la convivencia, una vez surtido el debido proceso.35* • *Ingreso a Servicios Sociales de la S.D.I.S en modalidad de institucionalización de larga estancia o permanente.* • *Fallecimiento* • *Persona con nivel de dependencia funcional grave o total* *COMPONENTES DEL SERVICIO DE CUIDADO TRANSITORIO DÍA-NOCHE* *Componente de Atención para el Desarrollo Humano:* *El Servicio de Cuidado Transitorio Día-Noche se desarrolla en diferentes momentos de atención. Estos deben abordarse desde un trabajo interdisciplinario que dé cuenta del Lineamiento Técnico del Servicio de Cuidado Transitorio Día-Noche (SDIS, 2023), de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez (PPSEV) y del Modelo de Atención Integral para Personas Mayores (MAIPM).* *Ingreso a la unidad operativa de Cuidado Transitorio Día-Noche:* *El ingreso de las personas mayores al centro de Cuidado Transitorio Día-Noche se debe realizar en los siguientes horarios de las 2 jornadas de atención:* • *Jornada día (8:00 a.m. a 5:00 p.m.): el ingreso se realiza desde de las 8:00 a.m.*

	hasta las 9:00 a.m. *• Jornada noche (6:00 p.m. a 7:00 a.m.): el ingreso se realiza entre las 6 p.m. y 7 p.m.* *Búsqueda activa:* *Si en el marco de los horarios de ingreso no se logra completar la cobertura del Centro, el equipo de trabajo de la unidad operativa deberá realizar recorridos diarios de acercamiento y motivación en el territorio del entorno y localidades cercanas en donde está ubicado el Centro de Cuidado Transitorio Día-Noche, con el fin de ofertar el servicio y poder brindar atención individualizada a las personas mayores habitantes de calle o en riesgo de estarlo.* *Bienvenida:* *De acuerdo con el Lineamiento del Servicio de Cuidado Transitorio Día-Noche (SDIS, 2023), en el momento de la bienvenida se debe brindar un espacio inicial de acercamiento con las personas mayores de manera grupal, posterior al proceso de priorización. En dicho momento, se debe incluir una bienvenida cálida a la persona mayor cuando ingresa al Centro, se le explica la misionalidad de la SDIS, los objetivos de la atención en el Servicio de Cuidado Transitorio, los criterios de ingreso, priorización, simultaneidad y egreso. De igual forma, se informa sobre los beneficios que reciben durante la jornada de atención, y se socializa el Pacto para la Convivencia establecido para el Centro de atención, haciendo énfasis en que su incumplimiento puede generar el egreso del Servicio. Para este momento el asociado podrá usar las herramientas tecnológicas disponibles (televisores, video beam, diapositivas, videos) para lograr un proceso adecuado para la persona mayor.* *Proceso de autorregulación:* *El proceso de autorregulación consiste en la observación del estado físico (identificación de la movilidad, laceraciones en piel, entre otras) y la ubicación espacio-temporal, con el fin de determinar si la persona mayor está en condiciones para ingresar al Servicio. Este proceso también requiere que la persona mayor voluntariamente exponga sus pertenencias y haga entrega de manera voluntaria de aquellos elementos no permitidos dentro de la unidad operativa.* *Identificación y Registro en SIRBE:* *A las personas mayores que ingresan por primera vez al Servicio, se les deberá realizar una entrevista individual en un ambiente cálido de acercamiento con el participante, que permita tener una mirada inicial de su historia de vida, necesidades actuales, gustos e intereses y que permita el diligenciamiento de la ficha SIRBE WEB (o física cuando así lo indique la SDIS). Esta debe ser registrada en el Sistema de Información misional SIRBE el mismo día de la atención. La entrevista y el diligenciamiento de la ficha SIRBE WEB deben estar a cargo de un profesional de la unidad operativa.* *El registro de actuaciones de cambio de estado (Atendido Día – Atendido Noche) para todos los beneficiarios, deberá ser de manera diaria en las jornadas de atención (tiempo real), es decir, tan pronto se defina que cumplen con la población objetivo, criterios de ingreso, priorización y se encuentran dentro de la cobertura definida para el servicio en cada jornada.*

	Previamente al registro de actuaciones de estado (Atendido Día – Atendido Noche) se deberá verificar en el sistema de información misional SIRBE, que el beneficiario del servicio no tenga actuaciones de estado registradas en la misma fecha y jornada en cualquiera de las unidades operativas que hacen parte del servicio, con el fin de no incurrir en duplicidad de información, en caso tal que se presente esta inconsistencia se deberá informar al equipo técnico y de supervisión de la Subdirección para la Vejez. *Se deberá verificar por parte del asociado que el beneficiario no presente ningún tipo de restricción con otro servicio de la secretaría Distrital de Integración Social de acuerdo con el portafolio de servicios de la entidad y los cuales se relacionan a continuación:* • *Servicio Comunidad de Cuidado* • *Servicio de Comunidad de Vida para Población Habitante de Calle* • *Servicio de Prevención del Riesgo de Habitar Calle* • *Servicio de Alta Dependencia Física, Mental o Cognitiva para Población Habitante de Calle.* • *Servicio de Atención y Desarrollo de Capacidades para Mujeres Habitantes de Calle.* *Para los casos en que el beneficiario sea suspendido del servicio por incumplir o cometer una falta grave o gravísima establecida en el pacto de convivencia, o cumpla alguno de los criterios de egreso relacionados en el Portafolio de Servicios de la Secretaría Distrital de Integración Social:* • *Retiro voluntario manifestado libre y expresamente por escrito.* • *Incurrir en falta gravísima establecida en el pacto para la convivencia, una vez surtido el debido proceso.38* • *Ingreso a Servicios Sociales de la S.D.I.S en modalidad de institucionalización de larga estancia o permanente.* • *Fallecimiento* • *Persona con nivel de dependencia funcional grave o total* *Estas actuaciones tendrán que ser registradas en el Sistema de Información Misional SIRBE y en la ficha SIRBE Genérica Para Registro de Actuaciones por Historia Social (FOR-PSS-312). Tan pronto se determine por parte del responsable del centro transitorio que al beneficiario se le impondrá una práctica restaurativa, o se confirme el egreso de la persona mayor del Servicio Cuidado Transitorio Día - Noche.* *Cada seis (06) meses se deberá realizar la revisión e identificación de personas mayores que han asistido al servicio más de una vez en este periodo. Posterior a esto, se debe indagar con el beneficiario si la información contenida en la ficha SIRBE WEB (o física cuando así lo indique la SDIS: FOR-PSS-323) presenta alguna novedad. Si se evidencia que se requiere algún tipo de actualización, se debe diligenciar la ficha SIRBE genérica para novedades registro de actuaciones (FOR-PSS-311) y la ficha SIRBE Genérica Para Registro de Actuaciones por Historia Social (FOR-PSS-312). De no presentar novedades, se registra en el Formato Seguimiento individual (FOR-PSS-224).* *Firma acta de compromiso individual:* *Con la firma del Formato Acta de Compromiso Individual FOR-PSS-523, la persona mayor acepta que tiene conocimiento acerca de los criterios de ingreso, de simultaneidad, criterios de egreso del Servicio y del Pacto para la Convivencia socializado en el momento de la bienvenida. En los casos en que la persona mayor*

manifieste no saber firmar, esto debe estar soportado en el concepto de la ficha SIRBE WEB (o física cuando así lo indique la SDIS) o por medio de un acta que soporte la situación, firmada por un profesional y una persona mayor como testigo.

Historia Social:

El Asociado debe construir la Historia Social de cada participante durante el transcurso del convenio, indistintamente si una persona mayor asiste una o varias veces a lo largo de este. En este sentido, la Historia Social de la persona mayor estará compuesta por lo siguiente:

- *Formato hoja de control (FOR-GD-013) (Cada inicio de convenio o tan pronto se diligencie en su totalidad)*
- *Formato testigo documental (FOR-GD-018) (Únicamente al ingreso por primera vez de la persona mayor al servicio o a la unidad operativa)*
- *Copia del Documento de Identidad • Formato Acta de Compromiso Individual FOR-PSS-523 (Únicamente al ingreso por primera vez de la persona mayor al servicio o a la unidad operativa)*
- *Formato anexo ficha SIRBE información específica personas mayores – Tratamiento y manejo de datos (FOR-PSS-697) (Únicamente al ingreso por primera vez de la persona mayor al servicio o a la unidad operativa)*
- *Formato Cruce individual base de datos (FORPSS-377) (Únicamente en físico al ingreso por primera vez de la persona mayor al servicio o a la unidad operativa)*
- *Otros documentos y formatos producidos durante el convenio por parte del equipo interdisciplinario y soportes que aporte el beneficiario del servicio.*

Periodicidad y Herramientas de verificación y cumplimiento de los criterios de ingreso al servicio

Cuando la persona mayor ingresa (jornada día o jornada noche) al servicio Centro de Cuidado Transitorio Día-Noche, el personal asignado (profesional, técnico, digitador o delegado documental) debe realizar la verificación de la información personal, con el fin de poder confirmar la identidad de la persona que está solicitando la atención, y si cumple con los criterios que están establecidos para el ingreso y las restricciones por simultaneidad establecidos en el Portafolio de Servicios de la Secretaría Distrital de Integración Social. Dicha información se debe registrar en el Formato Cruce individual base de datos (FORPSS-377) y debe reposar en la Historia Social de la persona mayor.

Instalación en el centro

Entrega de Ficha de Identificación y Permanencia:

Una vez la persona mayor ha hecho registro de atención en el SIRBE, el asociado entregará una ficha numerada la cual le servirá para identificación, permanencia, préstamo y/o entrega de elementos de uso dentro del centro de Cuidado Transitorio. Esta ficha funcionará como elemento de identificación, dentro del centro. Ésta será renovada diariamente, pues al salir del centro deberá entregarla a los facilitadores. Las fichas podrán ser elaboradas con los materiales disponibles para la realización de actividades al interior del Centro de Cuidado Transitorio, esta tarea deberá ser liderada por parte del profesional en Terapia Ocupacional de cada centro.

Recepción de pertenencias:

La persona mayor deberá ingresar al sitio destinado para la entrega de sus pertenencias con la ficha de identificación proporcionada para la asignación de su casillero. El

asociado deberá garantizar un espacio que garantice su privacidad y que esté acorde en lo establecido en el Anexo Técnico "3 de 4 Anexo Técnico Componente Ambientes Adecuados y Seguros - Gestión Ambiental - Dotación – Seguridad". El personal designado del talento humano diligenciará el Formato Entrega y Recibo de Pertenencias FOR-PSS-519, el cual deberá ser anexado en la historia social de cada persona mayor, donde se registrará los elementos entregados por cada persona mayor. Posteriormente con la ficha de identificación entregada, la persona mayor puede reclamar sus pertenencias al momento de su salida.

Asignación y rotación de camas
El Asociado deberá garantizar la asignación de camas conforme a las fichas de identificación numeradas y permanencias entregadas a cada persona mayor. Los facilitadores se encargarán de orientar a las personas mayores sobre la ubicación de la cama asignada, de acuerdo con los espacios de dormitorios disponibles en cada unidad operativa. La rotación de camas deberá realizarse diariamente, asegurando que cada persona mayor ocupe una cama diferente en la jornada noche, en función de los nuevos ingresos al servicio. Este proceso tiene como objetivo evitar la permanencia prolongada en un mismo lugar y promover la autonomía de las personas mayores.
Fortalecimiento de hábitos aseo personal
Una vez la persona mayor entrega sus pertenencias en el casillero asignado, las personas mayores que deseen realizar las actividades de aseo personal podrán pasar al área destinada para el baño y aseo personal, la cual debe garantizar su privacidad, y cumplir con lo estipulado en el Anexo Técnico "3 de 4 Anexo Técnico Componente Ambientes Adecuados y Seguros - Gestión Ambiental - Dotación – Seguridad".

Para las personas mayores que deseen realizar sus actividades de aseo personal, se debe entregar diariamente una (1) toalla para el cuerpo y deberá devolverla una vez concluya su proceso de aseo personal (ducha corporal). El asociado deberá realizar el lavado de la misma, toda vez que cada persona deberá recibir una toalla limpia y seca de manera diaria.

El asociado, por medio del facilitador, deberá dispensar jabón y champú exclusivamente a las personas mayores que voluntariamente deseen fortalecer sus hábitos de aseo en el área destinada para el baño y aseo personal, reforzando a cada persona la información sobre la importancia de los hábitos de higiene y autocuidado adecuados.

El proceso de baño en duchas debe contar con el acompañamiento permanente de uno de los facilitadores o un profesional del centro de Cuidado Transitorio, con el fin de evitar situaciones que vulneren la integridad de la población. Además, el Asociado debe dispensar a las personas mayores solicitantes (Jabón para cuerpo y Champú de uso general) y demás elementos de aseo, establecidos en el Anexo Técnico "3 de 4 Ambientes Adecuados y Seguros componente de Dotación Elementos de Aseo Personal" a demanda, de acuerdo con las necesidades de las y los beneficiarios.

Valoración Inicial de Enfermería y Toma de Signos Vitales
Después del momento de baño y aseo personal, todas las personas mayores (tanto aquellas que lo soliciten como las que no) deberán dirigirse al área designada para

realizar la valoración inicial por parte del auxiliar de enfermería. Esto se aplica especialmente en el caso de un primer ingreso al centro. Asimismo, cada vez que una persona mayor ingrese al centro, se llevará a cabo la toma de signos vitales. Los resultados de la valoración inicial, junto con la toma de signos vitales, deben registrarse en e l Formato Valoración Inicial de Enfermería (FOR-PSS-575) y en el Formato Toma de Signos Vitales de la Persona Mayor (FOR-PSS- 518), según corresponda. Si la persona mayor se encuentra bajo tratamiento médico y necesita tomar medicamentos, el auxiliar de enfermería deberá recordarle la importancia de seguir el horario y la dosis prescritos por el médico tratante.

Lavado de ropa

El Asociado deberá garantizar el lavado de la ropa de las personas mayores a demanda y según la necesidad individual de cada usuario. La recepción de las prendas se realizará siguiendo el orden de las fichas de identificación entregadas, tanto para la recepción como para la devolución de la ropa, con un máximo de 7 prendas por persona. Es obligatorio que la ropa recibida sea lavada y entregada limpia en la misma jornada de su recepción.

Permanencia

Durante la permanencia de la persona mayor en el Centro en la jornada día, se deberá garantizar una atención que se llevará cabo a través de la atención grupal y la atención individual, las cuales deben abordarse desde un trabajo interdisciplinario que articule los componentes y líneas de atención del Lineamiento técnico del Servicio de Cuidado Transitorio LIN-PSS-028 (SDIS, 2023), en el marco de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez (PPSEV) y el Modelo de Atención Integral para Personas Mayores (MAIPM).

En la jornada de la noche se deberá garantizar una atención básica con servicios de alimentación, alojamiento, aseo personal, lavandería y acompañamiento psicosocial. En cada turno de atención, los auxiliares de enfermería deberán diligenciar el Formato Registro Diario Actividades de Cuidado para la Salud FOR-PSS-143 de forma grupal, teniendo en cuenta el instructivo del formato.

Plan de Atención Institucional – PAI

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

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

El Plan de Atención Institucional (PAI) debe ser elaborado de manera conjunta con las personas mayores en mesas de trabajo que garanticen una metodología participativa y que permita llegar a consensos sobre las actividades propuestas, dejando evidencias de

esta actividad por medio del Formato Ayuda de Memoria FOR-GD-040 y Formato Planilla de asistencia FOR-GD-023.

Tabla 1. Componentes y Líneas de Atención

COMPONENTES DE ATENCION	LÍNEAS DE ATENCIÓN
1. Derechos y ejercicio de ciudadanía	1.1 Promoción, reconocimiento y ejercicio de derechos.
	1.2 Activación de rutas.
	1.3 Espiritualidad.
	1.4 Fortalecimiento de la autonomía.
	1.5 Entornos amigables y saludables.
2. Ocupación Humana	2.1 Movilizando habilidades, capacidades y potencialidades.
3. Estilos de vida saludables	3.1 Transformación de imaginarios.
	3.2 Buenas prácticas del envejecimiento.
4. Participación y redes	4.1 Participación.
	4.2 Identificación y Fortalecimiento de Redes Familiares.
	4.3 Identificación y Fortalecimiento de Redes Institucionales.
	4.4 Identificación y Fortalecimiento de Redes Sociales y Comunitarias.

Fuente: Subdirección para la Vejez. Servicio Cuidado Transitorio Día-Noche.

Gestión de casos
La gestión de casos es un enfoque sistemático que permite a los profesionales coordinar y administrar el apoyo necesario para satisfacer las necesidades específicas de las personas mayores. Este proceso implica identificar y abordar de manera integral las diversas dimensiones de la vida de cada individuo, asegurando que reciban la atención y los recursos adecuados. El equipo profesional del centro de Cuidado Transitorio llevará a cabo la gestión de casos para todas las personas mayores que asisten ocasionalmente al servicio, tanto en la jornada diurna como nocturna. Esta gestión se realizará mediante intervenciones personalizadas, las cuales deben incluir una valoración integral de cada persona mayor, abarcando aspectos personales, familiares y del proyecto de vida. Esta valoración considerará las problemáticas específicas que afectan a cada individuo, así como sus necesidades y fortalezas.

Para la elaboración de cada gestión de caso, se establecerá un plan concertado a corto y mediano plazo, en el que se detallarán las intervenciones necesarias según las necesidades, problemáticas e intereses de la persona mayor. El plan debe incluir acciones que permitan dar recomendaciones, orientar hacia otros servicios y gestionar la coordinación con otras entidades. Además, se establecerá seguimiento, acompañamiento y evaluación para asegurar que la gestión planificada se implemente adecuadamente y cumpla con los objetivos establecidos.

Durante estas acciones, es esencial promover la autonomía de las personas mayores y disminuir la dependencia excesiva, procurando mantener la funcionalidad física y cognitiva. Se debe centrar en las capacidades preservadas de cada individuo para alcanzar una percepción de bienestar y satisfacción, fomentando así su participación activa en el proceso de atención y cuidado. Para el desarrollo de este punto se debe usar

	el Formato Escala de valoración funcional Barthel FOR-PSS-587 y la herramienta Whodas 2.0 versión entrevista. *Como producto de cada gestión de caso, se tendrá la siguiente estructura por cada persona mayor:* *Etapa I: para la elaboración de esta etapa, el equipo profesional cuenta con un (1) mes de acuerdo con cada nuevo ingreso al Servicio que se presente y en concertación con las personas mayores que asistan a las dos jornadas de atención. Se debe utilizar el formato establecido por el equipo técnico para la Subdirección para la Vejez. En este formato, se van a presentar dos momentos:* *• Valoración integral: es el proceso de evaluación exhaustiva de la persona mayor, que abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales y funcionales, así como el entorno familiar y comunitario. Esta etapa es fundamental para identificar las necesidades, problemas y fortalezas de la persona.* *• Planificación del Caso: consiste en diseñar un plan de intervención personalizado que responda a las necesidades identificadas durante la valoración integral. Este plan debe incluir objetivos a corto y mediano plazo y las estrategias para alcanzarlos.* *Etapa II: para la elaboración de esta etapa, se deben registrar las acciones realizadas, sus avances y posibles dificultades, además de las estrategias a implementar para evitar barreras que garanticen la gestión del caso. Finalmente, en caso de obtener un resultado positivo de la gestión, se realizará cierre al mismo. Se debe utilizar el Formato Seguimiento Individual FOR-PSS-224. En este formato, se van a presentar tres momentos:* *• Implementación del Plan: es la fase en la que se ponen en práctica las intervenciones y estrategias definidas en la planificación del caso. Es crucial asegurar que las intervenciones se realicen de manera coordinada y efectiva.* *• Seguimiento y Evaluación: consiste en monitorear el progreso de la persona mayor con relación a los objetivos establecidos, evaluando la efectividad de las intervenciones y realizando los ajustes necesarios para mejorar los resultados.* *• Cierre del Caso: se da cuando los objetivos planteados han sido alcanzados o cuando ya no es necesario el apoyo para la mejora a los accesos de servicios que requieren esta población. Este proceso incluye la preparación de la persona mayor para mantener su bienestar de manera autónoma.* *Las personas mayores con las cuales se haya iniciado el plan de trabajo concertado de gestión de casos, pero dejaron de asistir al Centro de Cuidado Transitorio, el equipo psicosocial deberá establecer comunicación con la persona mayor por cualquier medio o contactando para identificar el motivo de su ausencia y realizar seguimiento al mismo. En caso de no obtener respuesta y la persona mayor dejó de asistir al Servicio en el término de un (1) mes, se realizará cierre al mismo en la etapa alcanzada con una publicación en la cartelera del centro de atención. Si posterior a este tiempo, la persona mayor retorna al Servicio, se deberá registrar esta novedad como seguimiento al caso, y se continuará con la gestión del caso, en caso de que se identifique que la necesidad o problemática inicial persiste.* *Si el Asociado dentro de su oferta presentó la oferta de "transporte para el traslado de las personas mayores", se podrá dar uso a este medio de para poder realizar las gestiones*

necesarias que se requieran durante la gestoría de caso con las personas mayores.

Descanso confortable
Se debe garantizar un espacio exclusivo para el descanso de las personas mayores, con una ventilación adecuada e iluminación natural, con espacios amplios que permitan la circulación de las personas mayores con movilidad reducida, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico "3 de 4 Anexo Técnico Componente Ambientes Adecuados y Seguros Gestión Ambiental - Dotación – Seguridad". Cada participante debe hacer uso de una cama individual en buen estado, dotada con lencería que permita un descanso confortable.

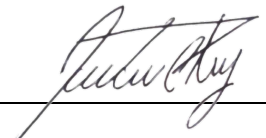
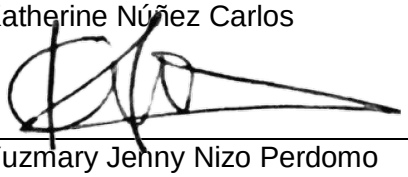
A la persona mayor que asiste en la jornada Día, se le debe facilitar los espacios de descanso designados por cada centro de 9:00
a.m. a 4:00 p.m. Se le deberá garantizar este derecho y permitir el acceso al espacio destinado para el descanso de las personas mayores que lo soliciten por el tiempo que lo requieran.
El horario establecido para el tiempo de descanso en la jornada noche será a partir de las 8:00 p.m. hasta las 6:00 a.m. A las 8:00
p.m. se apagarán las luces de las habitaciones para que las personas mayores puedan tener un descanso confortable. Sin embargo, si una persona mayor manifiesta no querer dormirse a esta hora, se deberá disponer de un espacio para que ella realice alguna actividad diferente que no interfiera con el descanso de las demás personas mayores del Centro. Este espacio deberá contar
con el acompañamiento del facilitador.
Salida de la Unidad Operativa
Para la salida del Centro de Atención Transitorio Dia-Noche, el servicio cuenta con los siguientes horarios:
- *Jornada día: Entre las 4:00 p.m. y 5:00 p.m*
- *Jornada noche: Entre las 6:00 a.m. y 7:00 a.m.*

Estos horarios de salida corresponden también a la finalización de la jornada de atención. Por tanto, todas las personas mayores, sin excepción, deben salir del centro y, en caso de estar interesado en ingresar nuevamente al centro, deberá realizar la solicitud del servicio nuevamente en la unidad operativa.

Gestión documental

El asociado debe implementar todas las actividades de gestión documental y archivo, atendiendo los lineamientos e instructivos definidos para la administración documental por el subsistema interno de gestión documental y archivo de la Secretaría Distrital de Integración Social, el Decreto Distrital 514 de 2006, la Ley 594 de 2000, acuerdo 001 de 2024 y los procesos, procedimientos, normativa y lineamientos del Archivo General de la Nación y el Archivo de Bogotá.
El Contratista debe dar cumplimiento e implementar todas las políticas de operación, instructivos, lineamientos y formatos de la Secretaría Distrital de Integración Social, sobre gestión documental establecida en:
- *Instructivo organización de expedientes (INS-GD-003).*

	• *Formato Hoja de control (FOR-GD-013).* • *Formato Testigo documental (FOR-GD-018).* • *Formato Reconstrucción de expedientes (FOR-GD-022).* • *Formato Entrega de documentos (FOR-GD-016).* • *Formato Rótulo para caja de archivo (FOR-GD-007).* • *Formato Rótulo para carpeta (FOR-GD-014).* • *Formato Acta de cierre del expediente de historias sociales (FOR-GD-015).* • *Formato Único de Inventario Documental - FUID (FOR-GD-017).* • *Formato Identificación de espacio de almacenamiento (FOR-GD-035).* • *Demás protocolos, instructivos, formatos o documentos establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social que den cuenta de los lineamientos a seguir en el componente documental.* • *Procedimiento Reconstrucción de expedientes (PCD-GD-001).* • *Formato Reconstrucción de expedientes (FOR-GD-022).* *Área Gestión Documental* *El asociado debe contar con un espacio físico sin riesgo de humedad o inundación, ya sea en pisos o techos, alejado de contaminación que pueda afectar la documentación emitida por el servicio, con una ventilación e iluminación, ya sea artificial o natural que garantice la conservación de los documentos.* *Informes Requeridos* *A continuación, se mencionan los informes que deben ser presentados por el asociado, mes vencido, dentro de los cuatro (4) primeros días hábiles de cada mes, en medio digital, se debe presentar el oficio de radicación al correo de la supervisión y al correo (s) del apoyo (s) a la supervisión, que permitan evidenciar la ejecución técnica, administrativa, financiera y contractual en el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales. Igualmente, se debe hacer entrega de la factura o cuenta de cobro, con los soportes correspondientes y demás documentos necesarios para el pago. Lo anterior, conforme al protocolo de presentación de informes.* • *Informe mensual de la Gestión y ejecución del convenio.* • *Informe mensual de Ejecución Financiera* • *Informe final de acciones* • *Planes de mejoramiento* *Comité Técnico* *Es la instancia que emite recomendaciones, orientaciones técnicas y de supervisión acerca de la prestación del Servicio. El comité técnico se reunirá a necesidad cuando se requiera convocado por el supervisor del convenio. De cada comité se debe dejar evidencia a través del Formato Ayuda de Memoria FOR-GD-040 y Formato Planilla de Asistencia FOR-GD023 suscrito por quienes participen en éste, en las que se hará constar las decisiones aprobadas por los miembros participantes. En caso de que el titular no pueda concurrir a las reuniones respectivas, lo hará en su lugar un delegado, quien tendrá las mismas atribuciones del titular, en ese caso la delegación deberá ser por escrito dirigida al supervisor del convenio.*

	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
Asistentes	*Ivon Andrea Campos Rey* 	*Coordinadora*	*Centro de Cuidado transitorio Samper Mendoza*
	Leidy Sofia Rodríguez *García* 	*Auxiliar de enfermería*	*Centro de Cuidado transitorio Samper Mendoza*
	Katherine Núñez Carlos 	*Gestora documental*	*Centro de Cuidado transitorio Samper Mendoza*
	Yuzmary Jenny Nizo Perdomo 	*Servicios generales*	*Centro de Cuidado transitorio Samper Mendoza*

Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	Ninguno		
Próxima reunión	*N/A*		
Elaboró	*Ivon Campos Rey Coordinadora .C.T Samper Mendoza*		