Lugar	*Casa LGBT Sebastián Romero*
Fecha	*25/02/2026.*
Tema	*Reunión mensual Equipo técnico subdirección para la vejez con coordinadores comunidad de cuidado.*
Desarrollo	Se dio inicio a la reunión mensual de coordinación con las y los coordinadores de las diferentes Comunidades de Cuidado a las 9:20 a. m. Se realizó el llamado a lista y se socializó la agenda prevista para la jornada, la cual incluyó los siguientes puntos: Reporte de respuesta a requerimientos – enero 2026. Reporte de morbilidad, mortalidad, accidentalidad y hospitalizaciones – enero 2026. Reporte del equipo de validación de condiciones – enero 2026. Presentación: Nutrición y envejecimiento. Tareas y avisos por comunidad. Cierre. DESARROLLO DE LA JORNADA Reporte de respuesta a requerimientos – enero 2026 Se presentaron los tipos de requerimientos recibidos en las diferentes Comunidades de Cuidado, discriminados de la siguiente manera: Acciones de control: 8 Alcance a respuesta: 2 Hogares privados: 7 Persona en atención: 4 Persona priorizada: 9 Queja o reclamo: 5 Respuestas conjuntas con supervisión: 3 Reiteración solicitud de servicio: 3 Reporte de caso: 6 Solicitud de información: 3 Solicitud de servicio: 48 Solicitud de traslado: 7 Respuestas por profesional: Alejandra Montilla: 51 Jessica Cabrera: 1 Jorge Gutiérrez: 6 Paula Vélez: 1 Pedro Nel Rodríguez Sáenz: 3 Shenye Jurado: 1 Stephanie Lascarro: 40 Revisión: Oscar Ríos: 35 Patricia Gómez: 8

Paula Vélez: 67

Total general: 110 respuestas.

Buzón de sugerencias

Se reportaron las siguientes quejas:

Bosque: 1
San José: 2
Caminos de Vida: 3
Tierra del Sol: 1
La Macarena: 1

Total: 8 quejas.

Traslados realizados – enero 2026

Golondrinas: 1
Sasaima: 2
Caminos de Vida: 1
Corazón Inmaculado: 1
Santa María: 1
Macarena: 1

Total: 7 traslados.

Alertas identificadas

Diligenciamiento de formatos correspondientes a diciembre, revisados en enero de 2026.
Necesidad de cualificación presencial.
Envío y socialización de los canales de interacción.

Reporte de Morbilidad, Mortalidad, Accidentalidad y Hospitalizaciones – enero 2026

Morbilidad
Las patologías de mayor frecuencia reportadas por las Comunidades de Cuidado para enero 2026, evaluada cada una de forma independiente respecto al total de personas mayores en atención fueron las siguientes:

Hipertensión arterial: 60%
Total demencias: 41%
EPOC / Enfermedad pulmonar: 29%
Otros tipos de demencia: 26%
Ceguera / glaucoma / cataratas: 22%
Discapacidad cognitiva: 22%
Incontinencia urinaria: 21%

Hipotiroidismo: 20%
Esquizofrenia / trastorno delirante: 20%
Dislipidemia: 20%
Osteoartrosis: 18%
Diabetes Mellitus: 17%
Cabe anotar que, la gran mayoría presenta un componente de multimorbilidad, más de 5 patologías que condiciona mayor carga de morbilidad e influye en síndromes geriátricos como polifarmacia, caídas, sarcopenia, alteraciones comportamentales, etc. Adicionalmente se explica la importancia de contribuir desde los servicios de comunidad de cuidado, con el manejo integral de cada una de estas patologías, prestando especial atención a la conciliación medicamentosa ya que muchas personas mayores tienen múltiples especialidades tratantes, con ello se evitan errores de administración farmacológica como la duplicación o administración de fármacos ya suspendido por alguno de los tratantes. El enfoque integral implica además, la participación activa del equipo de trabajo haciendo hincapié en la intervención de terapia física, nutrición, psicología, gerontología, trabajo social, desde lo individual hasta lo colectivo.

Accidentalidad

- Caídas
- Lesiones por Presión
- Error en la administración de medicamentos.
- Reacciones adversas a medicamentos (RAM) / alergias.
- Agitación psicomotora.

Las caídas y lesiones por presión fueron los únicos eventos reportados, con evidencia indirecta de bajo reporte, por lo que se realiza un llamado a las comunidades de cuidado a reportar activamente la accidentalidad, ello dará cuenta de la mayor calidad tanto en la vigilancia de los eventos, como la identificación, reporte y atención de los mismos.

Es importante mencionar la perspectiva enunciada por personal de enfermería en relación a la restricción para realizar curaciones en caso de lesiones por presión y la baja disponibilidad por EPS de clínica de heridas para el manejo de las mismas, lo cual implica dificultad en la mejoría de estas lesiones especialmente de estado avanzado.

No se obtuvieron reportes en relación a errores de administración de medicamentos, reacciones adversas a medicamentos o eventos de agitación psicomotora.

En la presentación anexa se presentan los resultados cuantitativos.

Comportamiento de la accidentalidad

Caídas: estado estacionario con ligero ascenso en el último mes. Retomando la información previamente reportada se sospechan como causas de caída la multimorbilidad, polifarmacia, alteraciones visuales dentro de las principales patologías reportadas, no se descartan eventos de hipotensión ortostática, las incontinencias implican mayor requerimiento de uso del retrete que puede implicar caídas especialmente en el traslado habitación-baño en la noche.

Lesiones por presión: Si bien fue el evento de mayor reporte con 59 lesiones por presión registradas, la mayoría se encontraban en estadios 2-4, sin reporte de lesiones por presión estadío 1 que, finalmente son las que progresan por todos los estadios, pero que a diferencia de las demás en las que se encuentra limitación en el manejo específico (clínica de heridas), éstas sí tienen posibilidad de manejo y prevención por parte de las comunidades de cuidado, siendo una tarea que integra a todo el equipo de atención, principalmente auxiliares de enfermería, enfermería superior, terapia física, educadores físicos, nutrición, etc. Se motiva al mayor reporte con la perspectiva de “mejoremos la calidad de la atención desde la prevención y la identificación temprana”, convirtiéndose el reporte de lesiones por presión en un indicador de calidad.

Mortalidad: 21 muertes en total, 100% por causa natural presentándose de forma equilibrada en comunidad de cuidado ó en medio hospitalario con predominio hospitalario.

Hospitalizaciones
En enero de 2026, 18 Comunidades de Cuidado reportaron 106 hospitalizaciones en total. La Comunidad Corazón Inmaculado de María de Funza no reportó hospitalización de persona mayor.

Conclusiones técnicas
•La mayor frecuencia de morbilidad se presenta a nivel Cardiovascular, pulmonar, oftalmológico, T. Neurocognitivos, psiquiátricos e incontinencias. Por lo que reclaman especial abordaje integral.
•En relación a la accidentalidad, si bien la frecuencia de caídas permanece estacionaria en los últimos 3 meses; ha aumentado la presentación de Lesiones por Presión por es pertinente un refuerzo de cualificación al respecto.
•La totalidad de la mortalidad fue causa natural y su presentación se dio principalmente en medio hospitalario aunque aumentó a nivel comunitario respecto al mes previo.
•Se evidencian varias falencias en relación a la calidad de dato en bases de morbilidad enviadas, lo cual afecta los resultados y análisis global. En su mayoría relacionadas con análisis de los diagnósticos, ortografía, unificación de criterios, falta de actualización. Por lo que se recomienda refuerzo de cualificación en el diligenciamiento del formato.

Reporte equipo de validación de condiciones – enero 2026

El equipo realizó 58 visitas durante el mes, con los siguientes resultados:

27 ingresos de personas mayores al servicio.
44 visitas de validación de criterios de ingreso (domicilio, unidades hospitalarias y hogares privados).
14 visitas de focalización.
0 visitas de emergencia.

Ingresos enero 2026

	Adultez: 7 Centro Integrarte: 2 Hospital: 5 Localidad Antonio Nariño: 1 Localidad Bosa: 2 Localidad Engativá: 2 Localidad San Cristóbal: 1 Localidad Fontibón: 1 Localidad Tunjuelito: 1 Localidad Kennedy: 1 Localidad Rafael Uribe Uribe: 1 Centro Transitorio: 2 Localidad Usme: 1 Ingreso directo: 27 Ingresos tránsito 2026 Adultez: 7 Discapacidad: 2 Centro Transitorio: 2 Total: 11 Egresos al 31 de enero de 2026 1. Reintegro familiar: 1 2. Fallecimiento: 20 Total: 21 Traslados al 31 de enero de 2026 1. Solicitud de la persona mayor o familiar: 3 2. Por convivencia: 1 3. Cambio de modalidad: 11 4. Otro (necesidad del servicio): 5 Total: 20 Listado de priorización – 02 febrero 2026 • Moderado: 361 • Severo: 145 Total: 506 **Nutrición y envejecimiento**

	La nutricionista inició abordando el concepto de envejecimiento, destacando que la nutrición no se limita exclusivamente a la ingesta de alimentos, sino que involucra múltiples factores fisiológicos y sociales. **Aspectos desarrollados:** • Cambios fisiológicos en el envejecimiento. • Trastornos nutricionales. Se resaltaron elementos relevantes como: • Aumento de peso. • Déficit de vitamina B12 y anemia. • Disminución en la síntesis de vitamina D. • Desnutrición proteico-calórica y sarcopenia. Se presentó consolidado del estado nutricional reportado por las comunidades, basado en la Matriz de Caracterización con corte a enero: • Mayor desnutrición en modalidad severa. • Mayor sobrepeso y obesidad en modalidad moderada. En modalidad moderada, la mayoría de personas mayores se encuentran en normopeso; Santa María registra 72% en esta categoría. Llama la atención Las Brisas, que reporta simultáneamente alto porcentaje de peso insuficiente y obesidad. Por sexo, las mujeres presentan mayor nivel de sobrepeso que los hombres. En modalidad severa, se evidencian niveles de desnutrición hasta del 22%. San José reporta cerca del 50% de su población con desnutrición y peso insuficiente, seguido por Tierra del Sol, Caminos de Vida y Sasaima. Los mejores reportes de estado nutricional adecuado corresponden a Corazón Inmaculado de Funza, Saramita Macarena y Tierra del Sol. De manera general, se identifica aproximadamente: • 60% en estado nutricional normal. • 22% en peso insuficiente. • Cerca de 10% en sobrepeso. • Casos de desnutrición y obesidad por debajo del 4%. Se explicó que la antropometría permite clasificación nutricional utilizando como referencia: • OMS hasta los 64 años. • SENPE-SEGG para mayores de 65 años. Se recordó como criterio de alerta la pérdida involuntaria de peso del 5% en un mes.

Tareas y avisos por comunidad Experiencia significativa

La Comunidad de Cuidado Las Brisas presentó la experiencia significativa de habilitación de piscina, siendo la primera comunidad en contar con este servicio. Se resaltan beneficios en movilidad, fuerza muscular y bienestar emocional.

Es un plan piloto, por lo que se deben establecer protocolos para manejo y disminución de riesgos asociados. Fue inaugurada el 6 de febrero con la participación de 20 personas mayores.
Conclusiones:

e. En Bello se identifica necesidad de cualificación en diagnósticos en estudios de caso, debido a permanencia de diagnósticos antiguos o ausencia de reporte de novedades.

f. Jessica informa que, a partir de marzo, en la caracterización se incluirán diagnósticos actualizados de las personas mayores para mejorar la calidad de la información.

g. Patricia reitera que los estudios de caso deben enviarse en el formato actualizado remitido por el equipo técnico.

h. Patricia enviará al equipo técnico el reporte de las comunidades que aún utilizan el formato anterior y recuerda los tiempos establecidos para el reporte de estudios de caso.

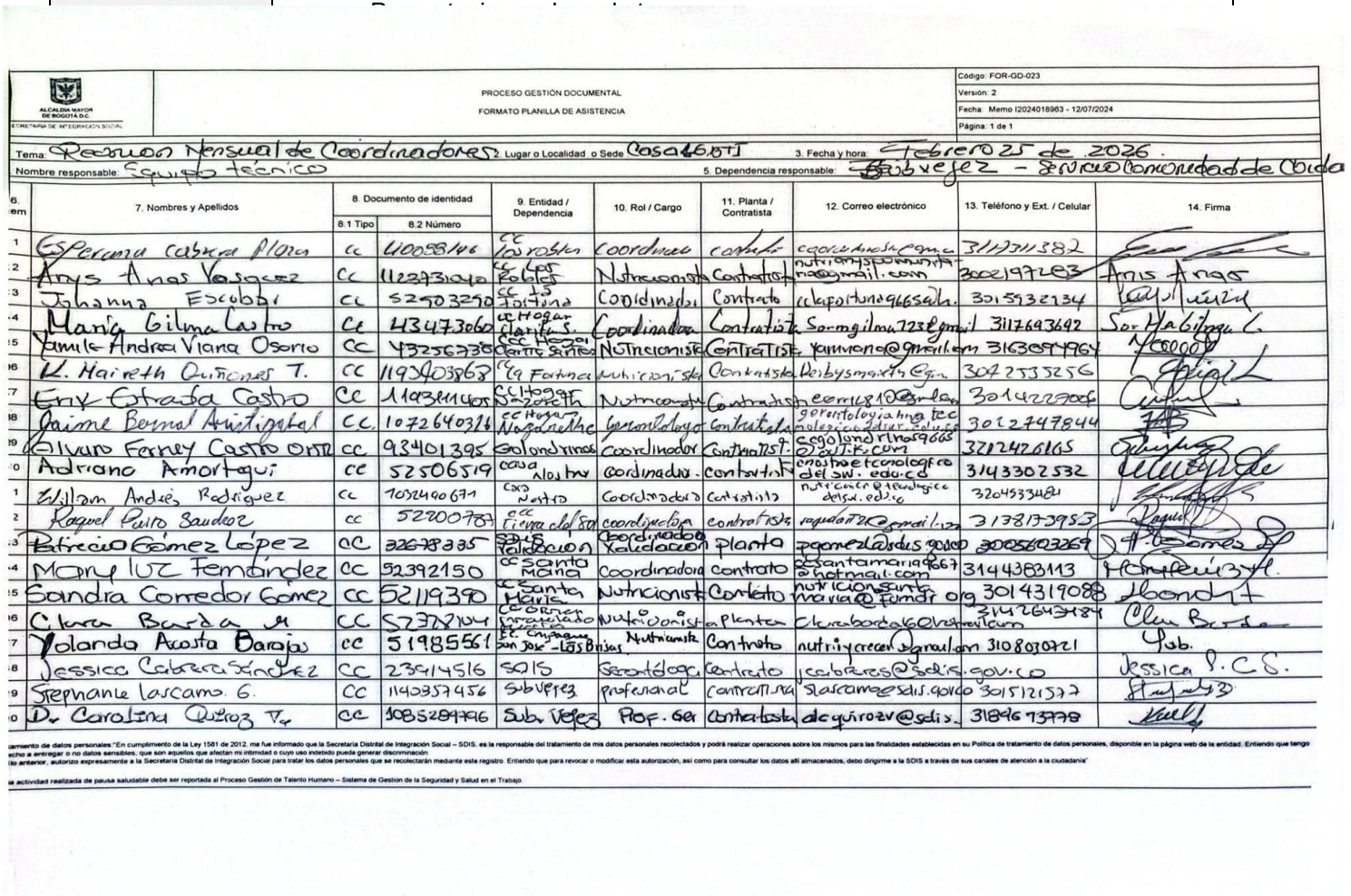
Varios

- Entrega de póster: Se realiza la entrega de un poster por cada comunidad de cuidado, se socializa que, como se ha mencionado la entidad se encuentra en la fase de formulación de la política pública social de envejecimiento y vejez, los afiches contienen un código QR que lleva a la encuesta que está dirigida a toda la ciudadanía y todas las edades. Se busca una meta de participación de 50.000 personas aproximadamente por lo que se invita a la ciudadanía en general a que participe en la construcción de la política, por ello se invita a los centros a socializarlo con el talento humano familias y personas mayores para que puedan diligenciar la encuesta por lo que se espera sea publicado en cada centro para participación de todos y todas.
- Miguel Medina, líder del equipo de apoyo a la supervisión, informó que culminó el proceso de visitas de auditoría por parte de la Contraloría. En términos generales el resultado fue favorable; no obstante, se esperan observaciones en el informe preliminar que será recibido la próxima semana.
- Se refuerza información de listado censal para envío los días jueves de cada semana ó antes si existen nuevos ingresos o novedades. Se recuerda que se envió un correo con especificaciones para el correcto diligenciamiento del formato listado censal.

Se da cierre a la reunión dejando constancia de los temas tratados y compromisos establecidos.

Anexos:

- Listado de asistencia.



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

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL
FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

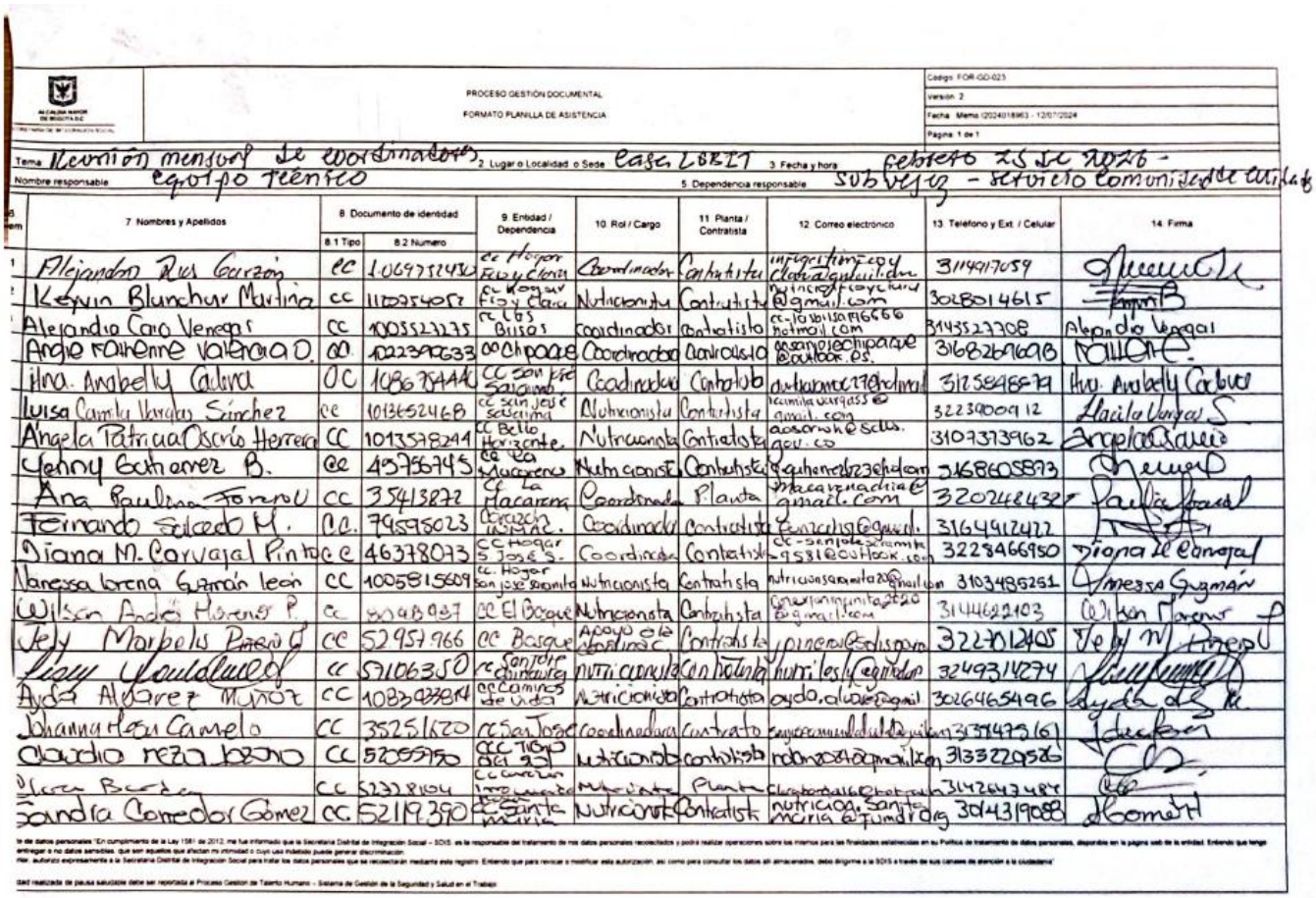
Código: FOR-GD-023
Versión: 2
Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024
Página: 1 de 1

Tema: Reunion Mensual de Coordinadores 2. Lugar o Localidad o Sede Casa 6 [illegible] 3. Fecha y hora: Febrero 25 de 2026.
Nombre responsable: Equipo técnico 5. Dependencia responsable: Subdirección Vejez - Servicio Comunidad de Cuida

6. Item	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad 8.1 Tipo	8.2 Número	9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono y Ext. / Celular	14. Firma
1	Esperanza Cabrera Mora	cc	40058146	[illegible]	Coordinadora	Contratista	[illegible]	3117311382	
2	Anys Anas Vasquez	CC	1122731040	[illegible]	Nutricionista	Contratista	nutri[illegible]gmail.com	3002197283	Anys Anas
3	Johanna Escobar	cc	52503290	[illegible]	Coordinadora	Contrato	[illegible]	3015932734	[illegible]
4	Maria Gilma Castro	Ce	43473060	[illegible]	Coordinadora	Contratista	Sormgilma723@gmail	3117693692	Sor Habitoya C.
5	Yamile Andrea Viana Osorio	CC	43256730	[illegible]	NUTRICIONISTA	CONTRATISTA	yamviana@gmail.com	3163097964	[illegible]
6	K. Maireth Quiñones T.	CC	1193403867	[illegible]	Nutricionista	Contratista	[illegible]	3042553256	[illegible]
7	Erix Estrada Castro	CC	1193111405	[illegible]	Nutricionista	Contratista	[illegible]	3014227906	[illegible]
8	Jaime Bernal Avitiguital	CC	1072640316	[illegible]	[illegible]	Contratista	[illegible]	3022447844	[illegible]
9	Alvaro Ferney Castro Ortiz	cc	93401395	[illegible]	Coordinador	Contratista	[illegible]	3212426165	[illegible]
10	Adriana Amortegui	cc	52506519	[illegible]	coordinadora	contratista	[illegible]	3143302532	[illegible]
11	Wilian Andres Rodriguez	cc	1032490671	[illegible]	Coordinador	Contratista	[illegible]	3204533481	[illegible]
12	Raquel Pinto Sandoval	cc	52000783	[illegible]	coordinadora	contratista	raquel0712@gmail.com	3138173953	Raquel
13	Patricia Gomez Lopez	CC	32678335	[illegible]	Coordinadora Nutricion	planta	[illegible]	3005603269	[illegible]
14	Mary luz Fernandez	cc	52392150	[illegible]	Coordinadora	contrato	[illegible]	3144383113	[illegible]
15	Sandra Corredor Gomez	cc	52119390	[illegible]	Nutricionista	Contrato	[illegible]	3014319088	[illegible]
16	Clara Barba M	CC	52782104	[illegible]	Nutricionista	Planta	[illegible]	3142643184	[illegible]
17	Yolanda Acosta Barajas	cc	51985561	[illegible]	Nutricionista	Contrato	nutri[illegible]	3108030721	[illegible]
18	Jessica Cabrera Sanchez	CC	23414516	[illegible]	Secretaria	Contrato	[illegible]	[illegible]	[illegible]
19	Stephanie Lascano G.	CC	1140357456	[illegible]	profesional	contratista	[illegible]	3015121577	[illegible]
20	Dra Carolina Quiroz V.	cc	1085284796	[illegible]	Prof. Gest	Contratista	[illegible]	3189673778	[illegible]

[illegible] 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 [illegible] a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. [illegible] 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"

[illegible] actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo.



PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

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

Tema: Reunión mensual de coordinadores 2. Lugar o Localidad o Sede: casa LGBTI 3. Fecha y hora: febrero 25 de 2026 -

Nombre responsable: equipo técnico 5. Dependencia responsable: subdirección - servicio comunidades de calle

Item	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad 8.1 Tipo	8.2 Numero	9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electronico	13. Telefono y Ext. / Celular	14. Firma
1	Alejandro Ruiz Garzón	cc	1.069752482	cc Hogar Fe y Alegría	Coordinador	Contratista	integracionfeyalegria@gmail.com	3114917059	
2	Kevin Blanchar Martínez	cc	1122954052	cc Hogar Fe y Alegría	Nutricionista	Contratista	@gmail.com	3018014615	
3	Alejandra Cano Venegas	cc	1005522735	cc Los Buses	coordinador	contratista	cc-10055227356666 hotmail.com	3143527708	Alejandra Venegas
4	Angie Katherine Valencia O.	cc	1022396633	cc Chapinero	Coordinadora	Contratista	asesorjuridicachapinero@outlook.es.	3168267698	
5	Hna. Anabelly Cabrera	CC	1086	cc San José Salamina	Coordinadora	Contratista	anabarmec27@hotmail	3125848579	Hna. Anabelly Cabrera
6	Luisa Camila Vargas Sánchez	cc	1013652468	cc san José secretaría	Nutricionista	Contratista	recamila.vargass@gmail.com	3223900912	Luisa Vargas S.
7	Angela Patricia Osorio Herrera	CC	1013578241	cc Bello Horizonte	Nutricionista	Contratista	asesorsh@scdis.gov.co	3107373962	
8	Yenny Esthaver B.	cc	45756745	cc La Macarena	Nutricionista	Contratista	yguhernandez3@hotmail.com	3168605893	
9	Ana Paulina Forero	CC	35413877	cc La Macarena	Coordinadora	Planta	anaforerogarcia@gmail.com	3202484328	
10	Fernando Salcedo M.	CC.	79595023	Atención Integral.	Coordinador	Contratista	fernandosalcedo@gmail.	3164412422	
11	Diana M. Carvajal Pinto	CC	46378073	cc Hogar S. José S.	Coordinadora	Contratista	dc-senioles@hotmail.com	3228466950	Diana M Carvajal
12	Vanessa Lorena Guzmán León	CC	1005815609	cc. Hogar San José Salamina	Nutricionista	Contratista	nutricionsalamina2020@gmail.com	3103485261	Vanessa Guzmán
13	Wilson Andrés Moreno P.	cc	80948937	CC El Bosque	Nutricionista	Contratista	Gerentenimunita2020@gmail.com	3144622103	Wilson Moreno
14	Yely Marbelis Pareja G	CC	52957966	CC Bosque	Apoyo a la coordinación	Contratista	yparejag@dispapa	3227012405	Yely M Pareja
15	Liany Gauldrón	cc	5710635	cc Santa Catalina	nutricionista	Contratista	nutricionista@gmail.com	3249314274	
16	Ayda Alvarez Muñoz	CC	1083933841	cc Caminos de vida	Nutricionista	Contratista	ayda.alvarez@gmail	3026465496	Ayda Alvarez
17	Johanna Rosa Camelo	CC	35251620	cc San José	Coordinadora	Contrato		3134473161	
18	Claudia Reza Lozano	CC	52059750	CC Tiempo del sol	Nutricionista	Contratista	rclozano1@gmail.com	3133729586	
19	Diana Beltrán	CC	52328104	Cc Camelia Implementación	Nutricionista	Planta		3142647484	
20	Sandra Camador Gómez	CC.	52179390	cc. Santa María	Nutricionista	Contratista	nutricion.santamaria@fundrag.org	3044319088	

Los 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 estadísticas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
mar, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectan mediante este registro. Entiendo que para revisar 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"

Qué realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestion de Talento Humano - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo









Reporte enero 2026

Equipo de respuestas a requerimientos

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

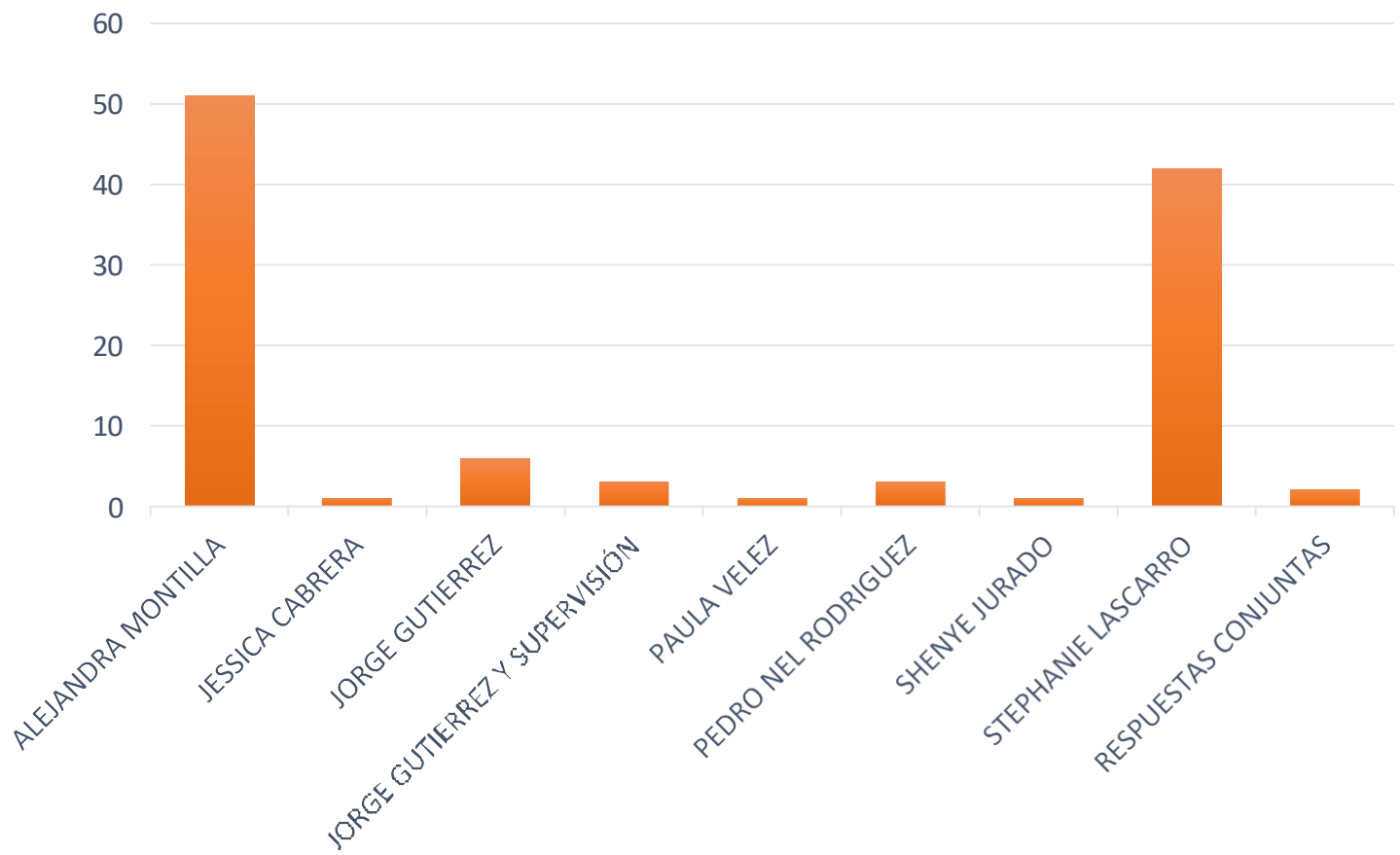
Tipos de requerimientos

TEMÁTICA	CANTIDAD
ACCIONES DE CONTROL	8
ALCANCE A RESPUESTA	2
HOGARES PRIVADOS	7
PERSONA EN ATENCIÓN	4
PERSONA PRIORIZADA	9
QUEJA O RECLAMO	5
RESPUESTAS CONJUNTAS CON SUPERVISIÓN	3
REITERACIÓN SOLICITUD DE SERVICIO	3
REPORTE DE CASO	6
SOLICITUD DE INFORMACIÓN	5
SOLICITUD DE SERVICIO	**48**
SOLICITUD DE TRASLADO	7
SUGERENCIAS	1
OTRO	2
TOTAL	**110**

Respuestas por profesional y revisión

RESPONSABLE	CANTIDAD
ALEJANDRA MONTILLA	51
JESSICA CABRERA	1
JORGE GUTIERREZ	6
JORGE GUTIERREZ Y SUPERVISIÓN	3
PAULA VELEZ	1
PEDRO NEL RODRIGUEZ	3
SHENYE JURADO	1
STEPHANIE LASCARRO	42
RESPUESTAS CONJUNTAS	2
Total	**110**

REVISIÓN	CANTIDAD
OSCAR RÍOS	35
PATRICIA GÓMEZ	8
PAULA VÉLEZ	67
Total	**110**



Quejas

Centro	Total
Bosque	1
San José	2
Caminos de vida	3
Tierra del sol	1
Macarena	1
TOTAL	**8**

Traslados

Centro	Total
Golondrinas	1
Sasaima	2
Caminos de vida	1
Corazón Inmaculado	1
Santa María	1
Macarena	1
TOTAL	7

Alertas

- Diligenciamiento de los formatos de diciembre, que fueron revisados en enero.
- Cualificación presencial.
- Envío de la socialización de los canales de interacción.





GRACIAS

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

Reporte de Morbilidad, Mortalidad, Accidentalidad y Hospitalizaciones Enero 2026

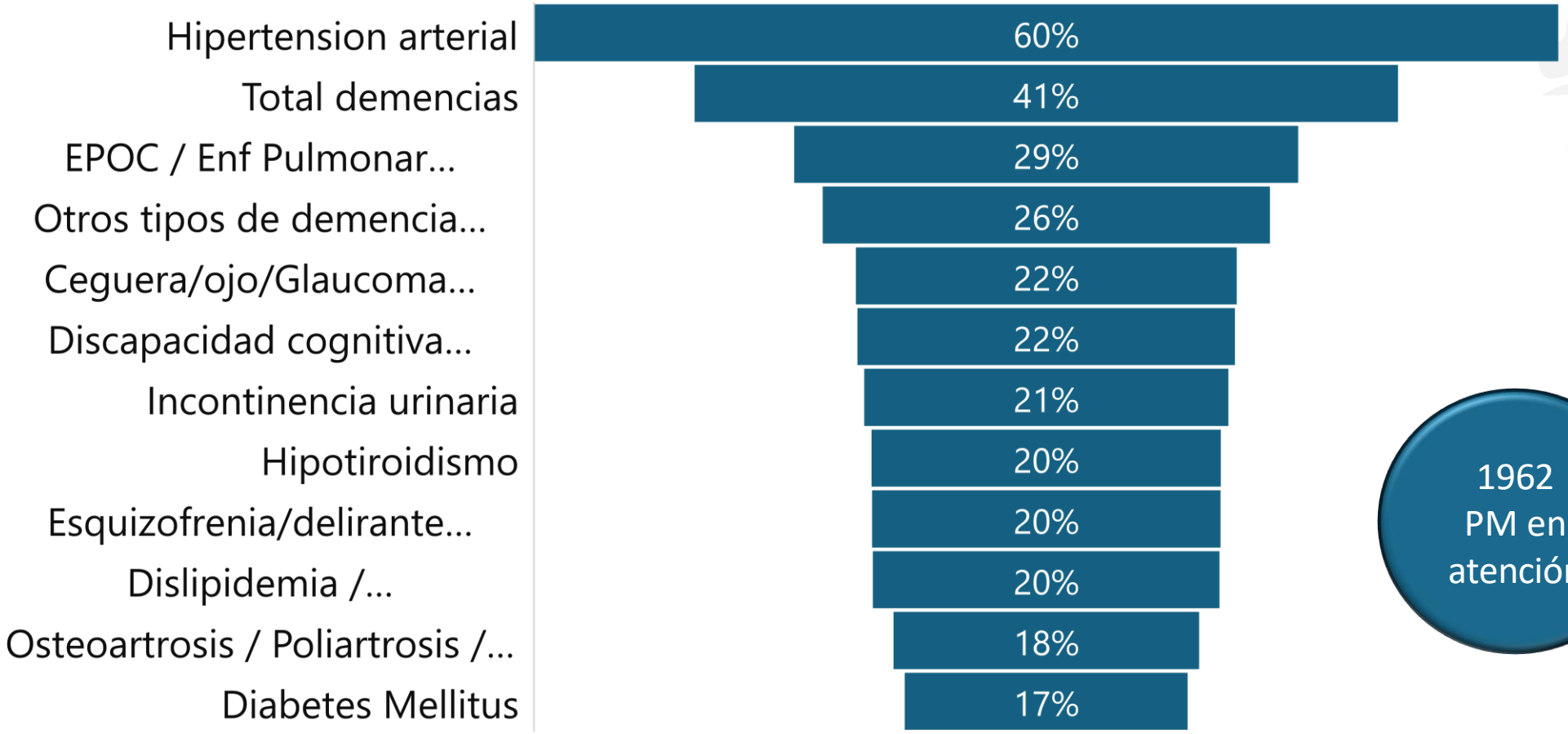
Carolina Quiroz
Geriatría (f)
Equipo Técnico



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

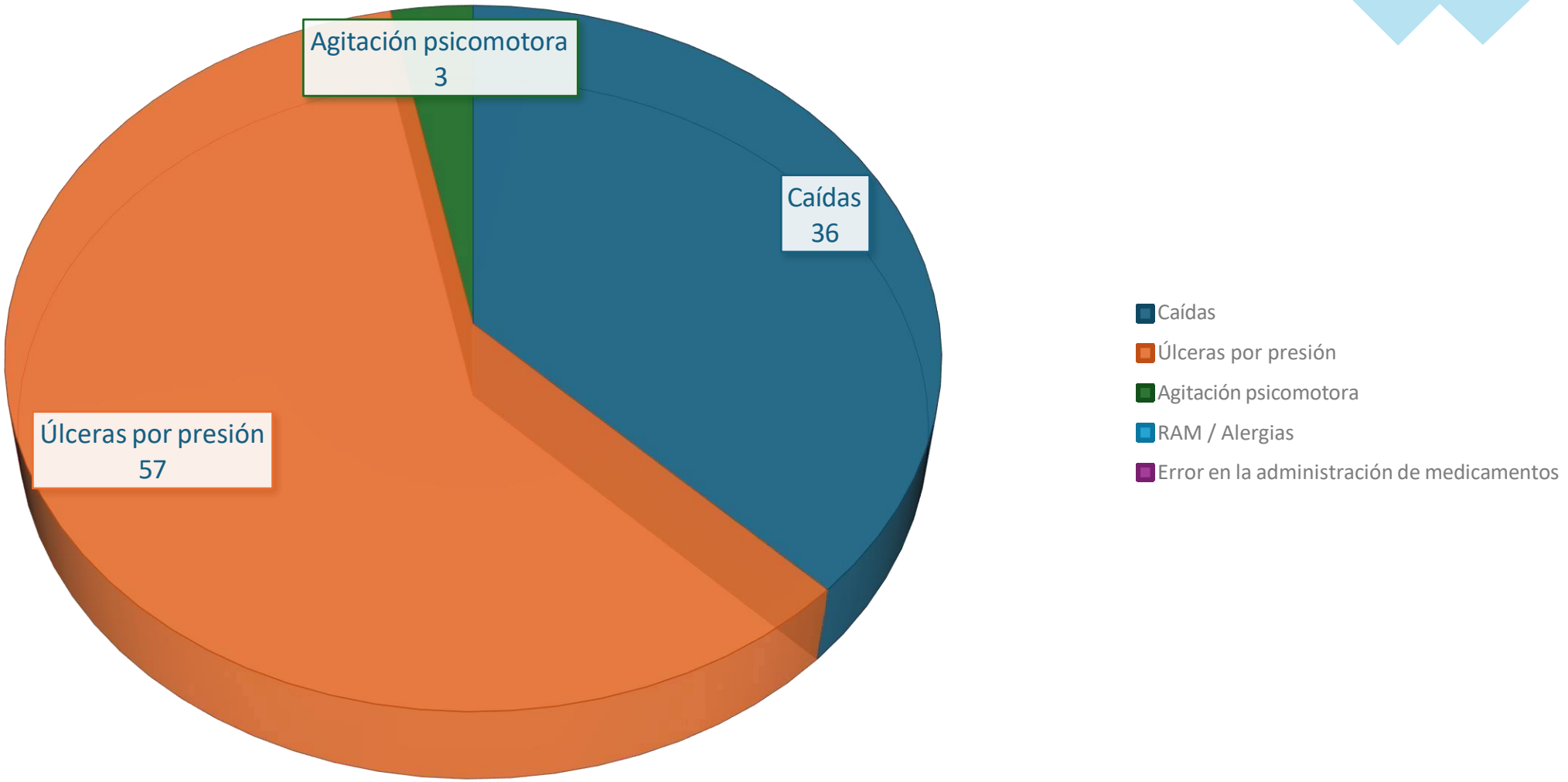
MORBILIDAD

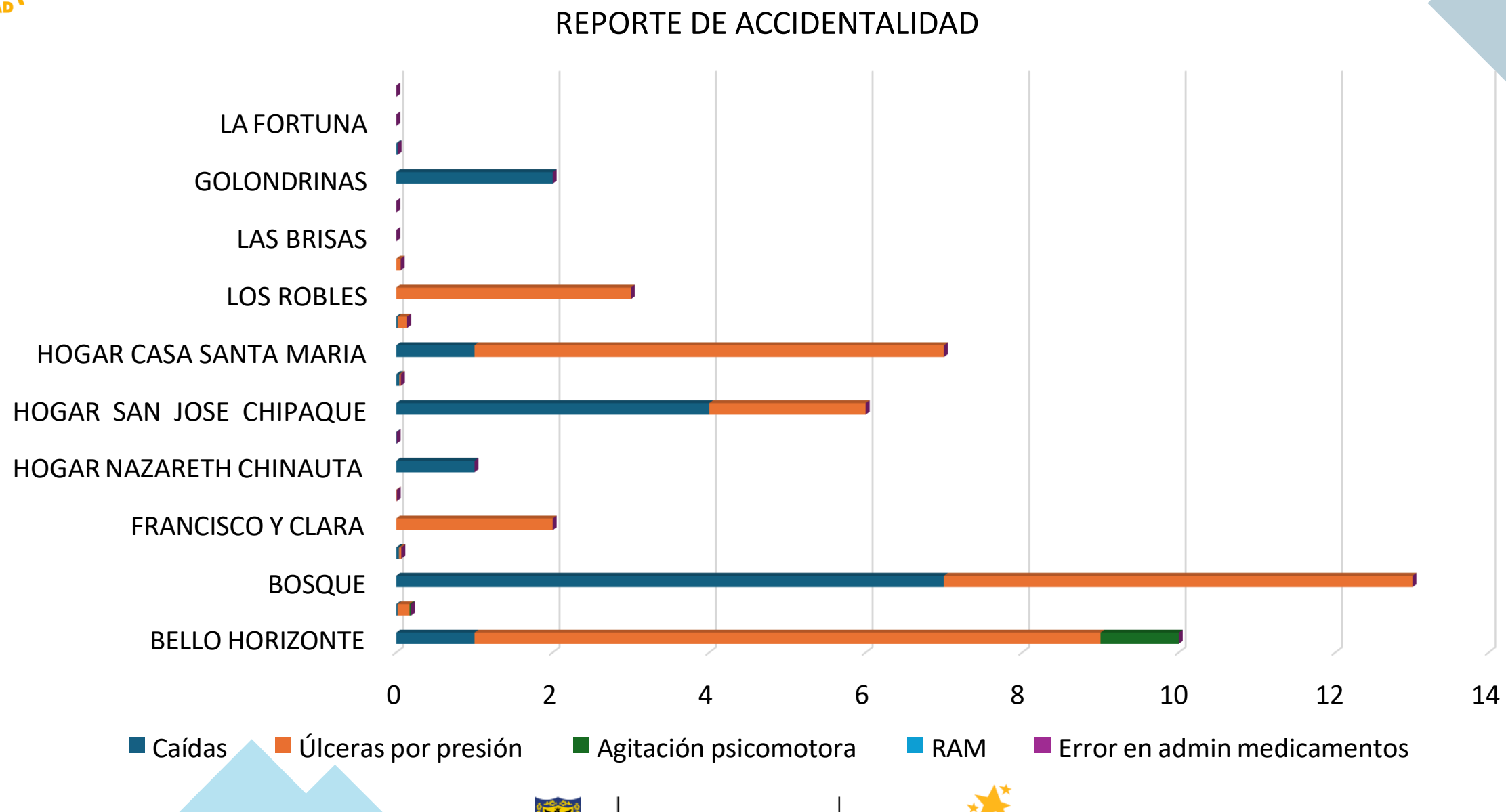
Patologías de mayor frecuencia de presentación - Comunidades de Cuidado



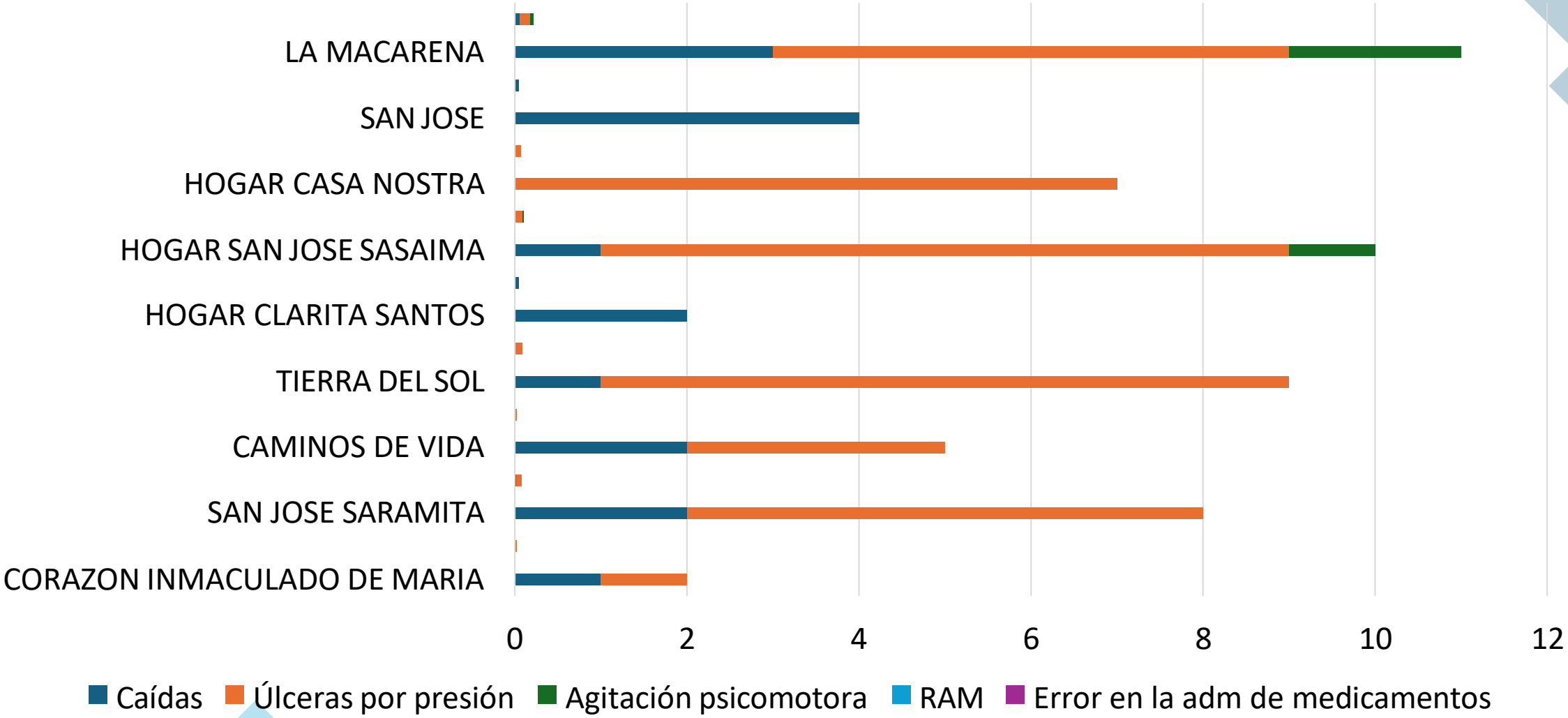
1962 PM en atención

ACCIDENTALIDAD GLOBAL

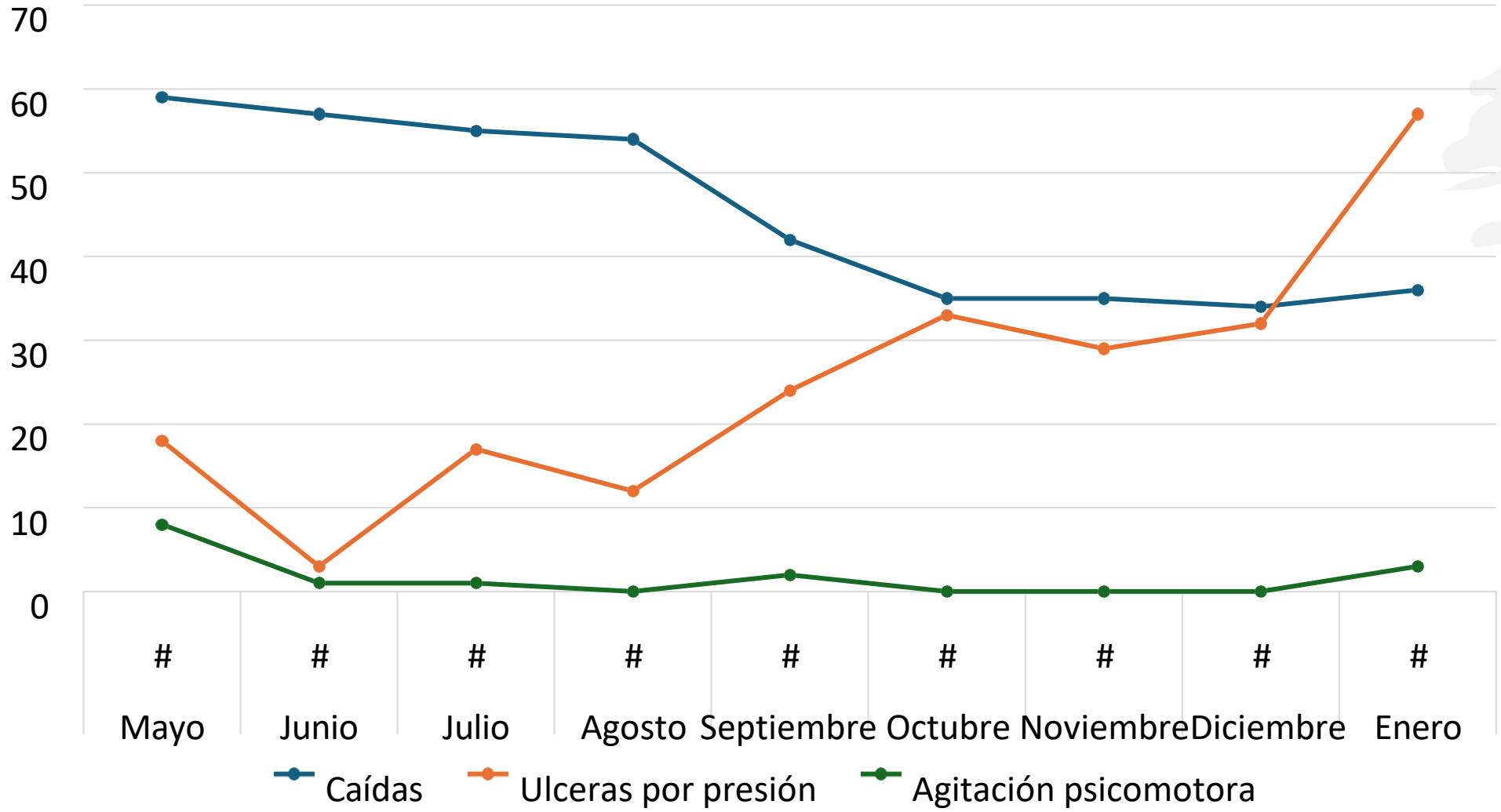



REPORTE DE ACCIDENTALIDAD
LA FORTUNA
GOLONDRINAS
LAS BRISAS
LOS ROBLES
HOGAR CASA SANTA MARIA
HOGAR SAN JOSE CHIPAQUE
HOGAR NAZARETH CHINAUTA
FRANCISCO Y CLARA
BOSQUE
BELLO HORIZONTE
0
2
4
6
8
10
12
14
Caídas
Úlceras por presión
Agitación psicomotora
RAM
Error en admin medicamentos

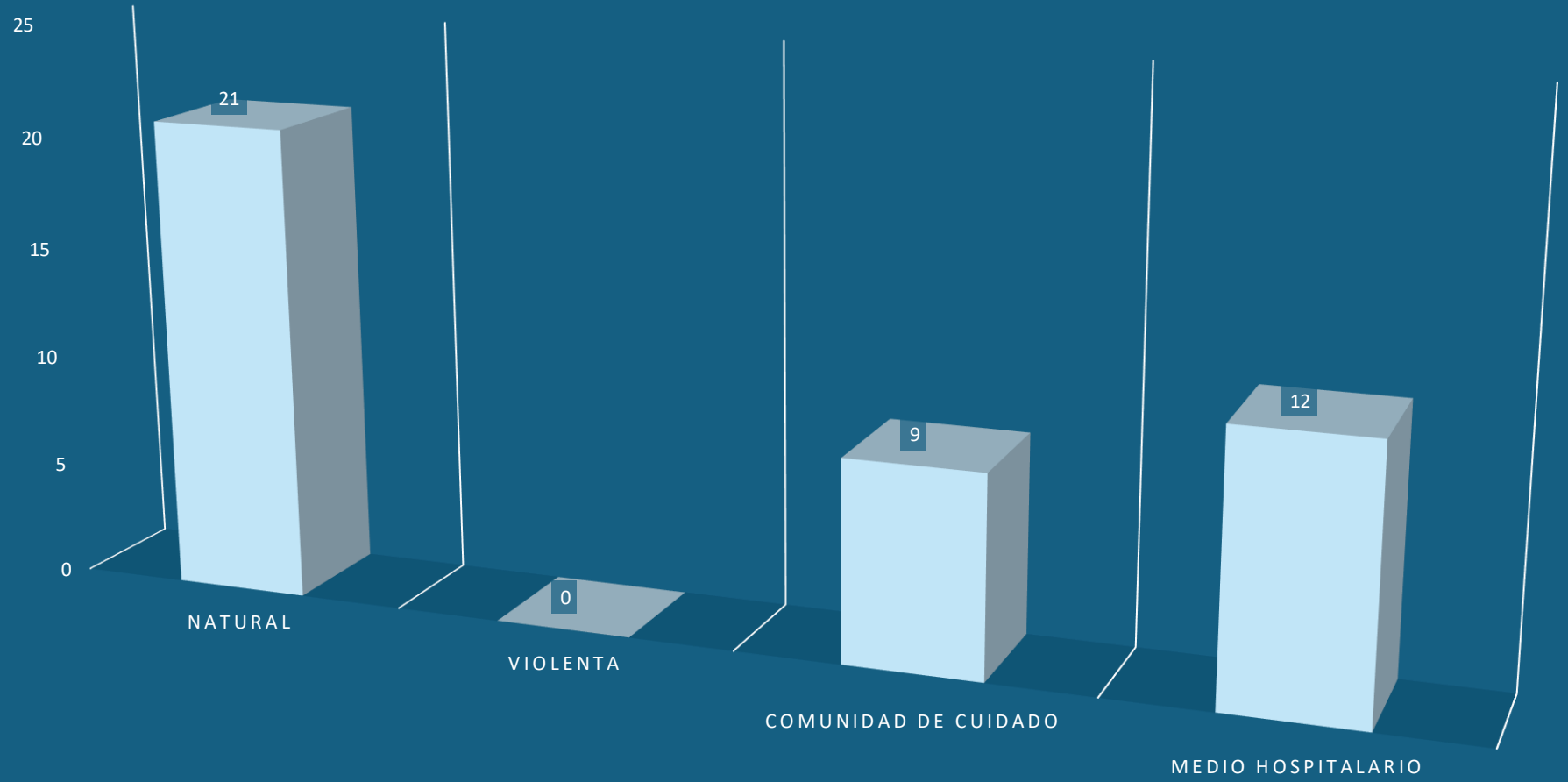
REPORTE DE ACCIDENTALIDAD



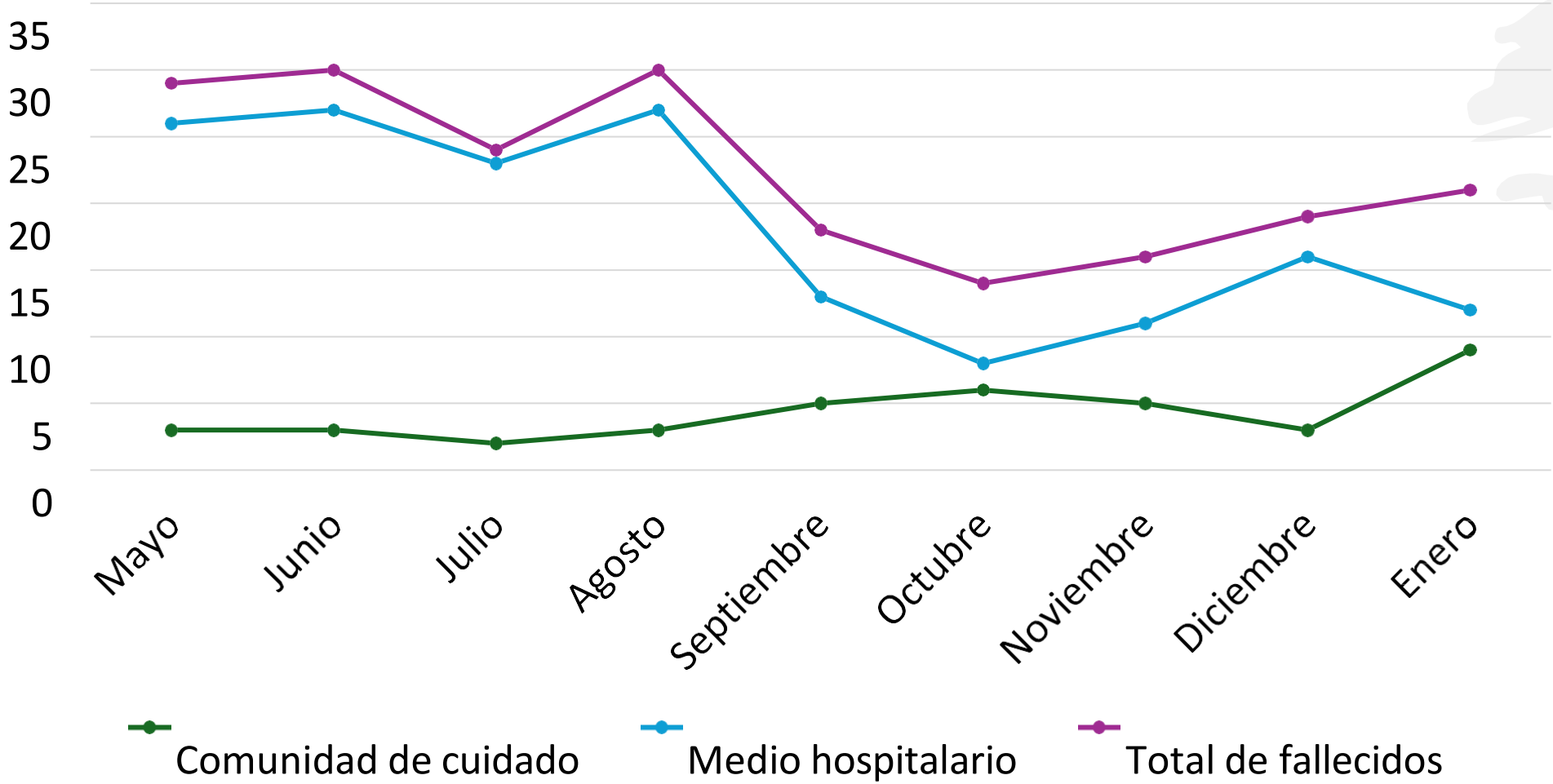
Comportamiento de accidentalidad más frecuente



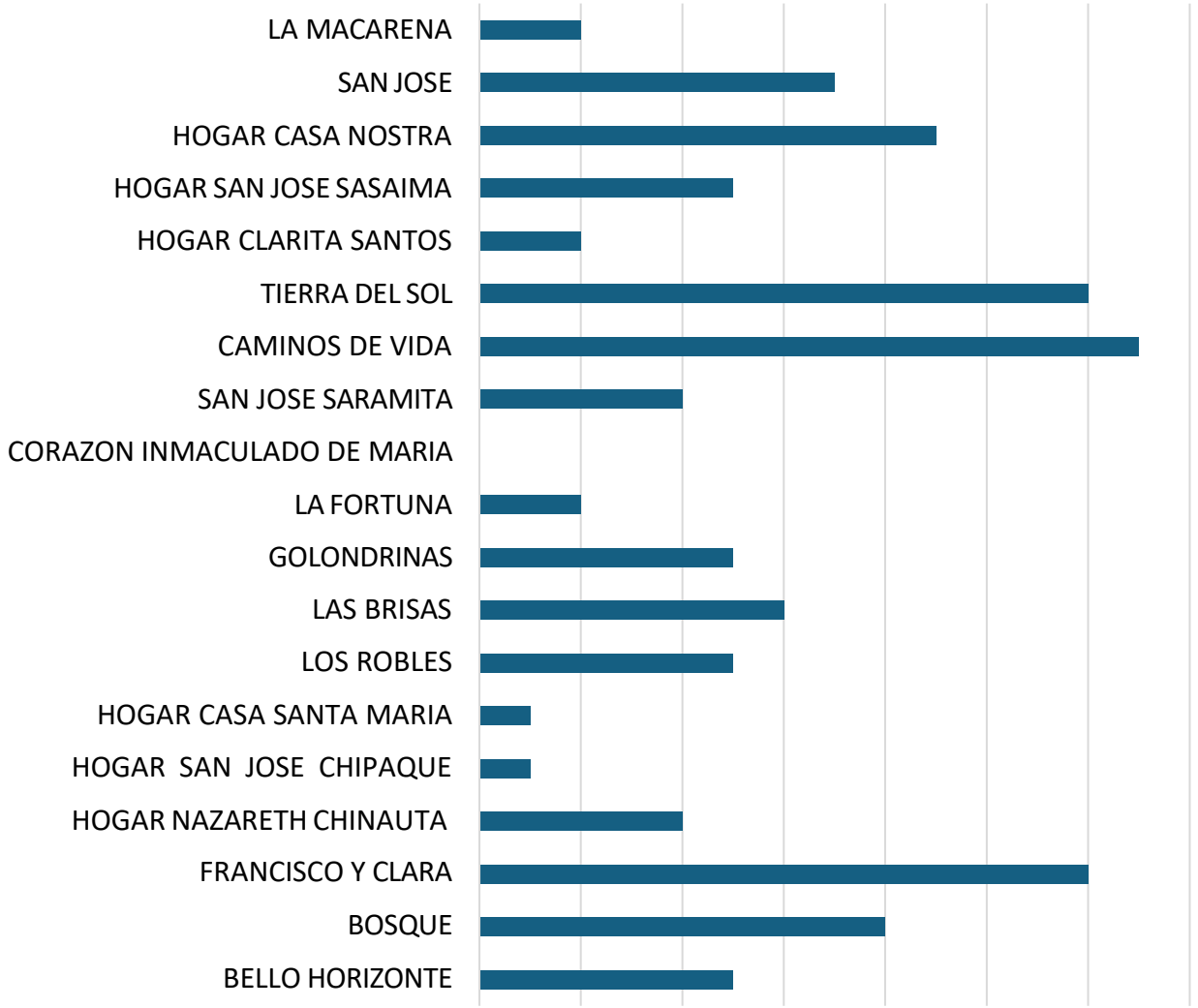
MORTALIDAD GLOBAL



Comportamiento de la Mortalidad en las Comunidades de Cuidado



Hospitalizaciones



TOTAL 106 hospitalizaciones

Oportunidad de mejora de registros

25/01/2026	CAIDA DE SU PROPIA ALTURA
30/01/2026	CAIDA DE SU PROPIA ALTURA
3/01/2026	CAIDA DE SU PROPIA ALTURA
18/01/2026	CAIDA DE SU PROPIA ALTURA

28/01/2026	MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD
14/01/2026	MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA

PROLAPSO RECTAL

DERMATITIS ATOPICA NO ESPECIFICADA

HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO

OTROS TRASTORNOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRAS PARTES

ABANDONO SOCIAL
ABANDONO SOCIAL
ABANDONO SOCIAL
NEGLIGENCIA YABANDONO

"SENILIDAD"

ENFERMEDAD PULMOINAR OBSTRUCTIVA CRONICA

ESTREÑIMIETO

DOLOR INTRATABLE
DOLOR EN ARTICULACIÓN

PRERIGION

DEPRESIÓN

ANGINA INESTABLE

MUERTE INSTANTANEA

HEMIPLEJIA ESPASTICA , INCONTINENCIA URINARIA , ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, ENFERMEDAD RENAL CRONICA


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

Conclusiones

- La mayor **frecuencia de morbilidad** se presenta a nivel Cardiovascular, pulmonar, oftalmológico, T. Neurocognitivos, psiquiátricos e incontinencias. Por lo que reclaman especial abordaje integral.
- En relación a la **accidentalidad**, si bien la frecuencia de caídas permanece estacionaria en los últimos 3 meses; ha aumentado la presentación de Lesiones por Presión por es pertinente un refuerzo de cualificación al respecto.
- La totalidad de la **mortalidad** fue causa natural y su presentación se dio principalmente en medio hospitalario aunque aumentó a nivel comunitario respecto al mes previo.


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

Conclusiones

- Se evidencian varias falencias en relación a la **calidad de dato** en bases de morbilidad enviadas, lo cual afecta los resultados y análisis global. En su mayoría relacionadas con análisis de los diagnósticos, ortografía, unificación de criterios, falta de actualización. Por lo que se recomienda refuerzo de cualificación en el diligenciamiento del formato.


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

REPORTE EQUIPO VALIDACIÓN DE CONDICIONES ENERO 2026



Subdirección para la Vejez

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

BOGOTÁ

58 visitas

27 Ingresos de personas mayores al servicio

44 Visitas de validación de criterios de ingreso realizadas en domicilio, unidades hospitalarias y hogares privados.

14 Visitas de Focalización

0 Visita de emergencia

INGRESOS ENERO 2026	CANTIDAD
ADULTEZ	7
CENTRO INTEGRARTE	2
HOSPITAL	5
LOCALIDAD - ANTONIO NARIÑO	1
LOCALIDAD - BOSA	2
LOCALIDAD - ENGATIVÁ	2
LOCALIDAD - SAN CRISTÓBAL	1
LOCALIDAD - FONTIBON	1
LOCALIDAD - TUNJUELITO	1
LOCALIDAD - KENNEDY	1
LOCALIDAD - RAFAEL URIBE URIBE	1
CENTRO TRANSITORIO	2
LOCALIDAD - USME	1
INGRESO DIRECTO	**27**
INGRESO POR EMERGENCIA	**0**
Total	**27**

INGRESOS ENERO 2026

De los 27 ingresos que se presentaron en el mes de enero, 19 fueron de Dependencia Moderada y 8 fueron de Dependencia Severa.

INGRESOS TRANSITO INMEDIATO

INGRESOS TRÁNSITO 2026	ENERO
ADULTEZ	7
DISCAPACIDAD	2
CENTRO TRANSITORIO	2
TOTAL	11

Portafolio de servicios Versión 17 (01/09/2025)

Ingresos transito inmediato de las subdirecciones de Discapacidad, Adultez y del servicio de Cuidado Transitorio



EGRESOS ENERO

De los 21 egresos que se presentaron en el mes de enero, 5 fueron de Dependencia Moderada y 16 fueron de Dependencia Severa.

EGRESOS AL 31 DE ENERO 2026	
Reintegro Familiar	1
Evasión de 24 horas del Servicio Social	0
Retiro Voluntario	0
Superación de Condiciones	0
Falta gravísima al Pacto de Convivencia	0
Unidad de Cuidado Crónico	0
Persona Pensionada (Invalidez)	0
Fallecimiento	20
TOTAL	**21**

TRASLADOS ENERO

De los 20 traslados presentados en el mes de enero, 2 quedaron en Dependencia Moderada y 18 quedaron en Dependencia Severa.

TRASLADOS AL 31 DE ENERO 2026	
MOTIVOS TRASLADOS	CANTIDAD
Solicitud de la persona mayor o familiar	3
Condición de salud	0
Fallo de tutela	0
Por convivencia	1
Cambio de modalidad	11
Cambio de operador o terminación de convenio	0
Otro: Por necesidad del servicio	5
TOTAL	20

LISTADO DE PRIORIZACIÓN 02 DE FEBRERO

MODALIDAD	CANTIDAD
MODERADO	361
SEVERO	145
TOTAL	506



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL

BOGOTÁ









NUTRICIÓN Y ENVEJECIMIENTO

SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO

Melany A. Fandiño Martínez
Nutricionista -equipo técnico

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

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

NUTRICIÓN Y ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento es diferente en cada individuo, e incluso en cada órgano. La velocidad del envejecimiento depende de factores genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos y sociales; y la configuración de cada uno de los componentes a lo largo de la vida marca las pautas para el alcance y mantenimiento de un estado nutricional óptimo durante la vejez.

CAMBIOS FISIOLOGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO



la tasa de regeneración celular se reduce y el catabolismo aumenta, disminuyendo la eficiencia de la función celular en diferentes órganos y por tanto afectando algunos sistemas en la vejez.

PIEL

- Reducción de colágeno, elastina y producción de sebo (↓de amortiguación de traumas, dependencia puede generar úlceras y aumentar el riesgo de infección).
- Cicatrización lenta por reducción de regeneración celular con riesgo de dehiscencia, úlcera o formación tumoral.
- Disminución de la termorregulación por disminución de la vasculatura y sudoración.
- Disminución de sensibilidad cutánea con el riesgo de quemaduras o heridas por objetos punzantes.
- Reducción de barrera contra infección por respuesta inmune reducida.
- Disminución de absorción de vitamina D por reducción de función metabólica en el órgano.

CAMBIOS FISIOLOGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO



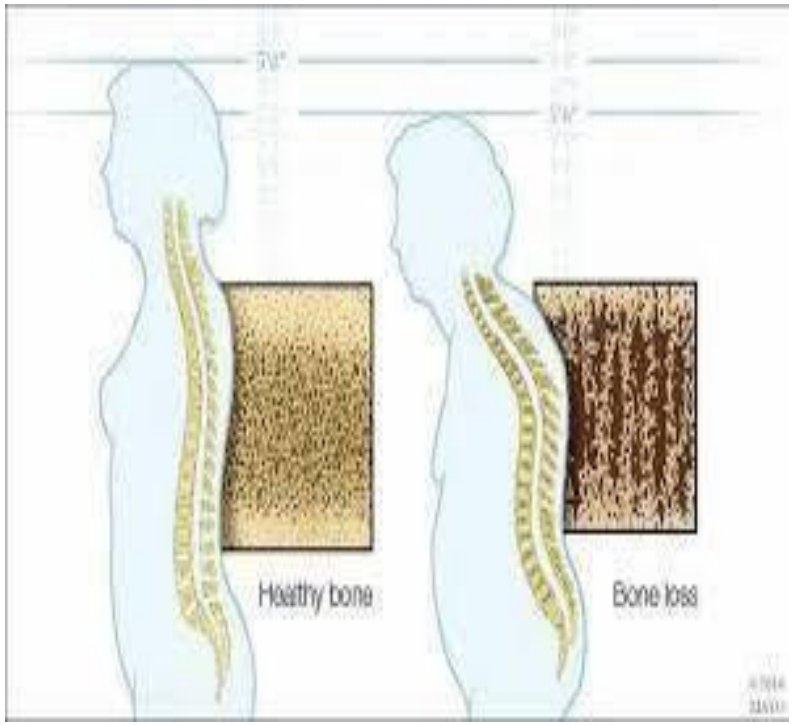
RESPIRATORIO

- Disminución de la fuerza de los músculos respiratorios
- Perdida de capilares y alveolos
- la distención de los pulmones aumenta, y la de la caja torácica disminuye, dando paso a la dificultad de control sobre la respiración, la cual afecta la función pulmonar cuando se acompaña de una situación de estrés como una infección o enfermedad respiratoria, o del hábito de fumar.

CARDIOVASCULAR

- Ausencia de vasodilatación periférica, menor contractilidad y mayor presión de llenado diastólico, con el consecuente incremento de congestión pulmonar y dificultad para la adaptación durante el ejercicio.
- Reducción de la elastina y de la producción de óxido nítrico inducen mayor rigidez a los vasos, justificando el aumento de riesgo para desarrollar hipertensión arterial y arteriosclerosis en la vejez.

CAMBIOS FISIOLOGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO



OSEO

- la reducción de hormonas sexuales aumenta la producción y activación de los osteoclastos, encargados de la resorción ósea.
- los cambios de la piel, la reducción a exposición solar y reducción de la ingesta de vit D reduce la fijación de calcio al hueso.
- diferenciación de las células madre mesenquimales, que produce un aumento en el número de adipocitos con reducción de osteoblastos, ambos tipos de células comparten los mismos precursores de la célula ósea, es decir que la adipogénesis aumenta a expensas de la producción de osteoblastos

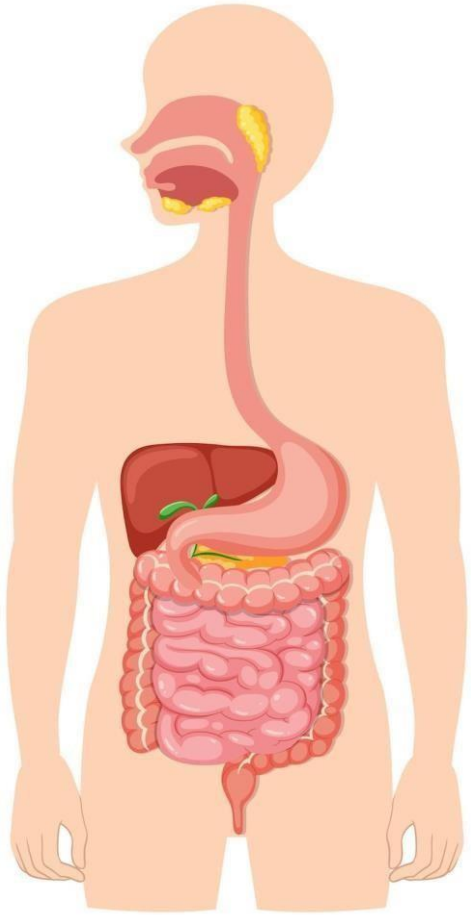
CAMBIOS FISIOLOGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO



MUSCULAR

- empieza a declinar aproximadamente después de los 45 años, pérdida gradual del 12 – 15% por cada década hasta la octava.
- aumento del depósito de estructuras lipídicas a nivel muscular, reducción del tamaño de las fibras musculares, y reemplazo paulatino de tejido muscular por tejido fibroso, que en conjunción con algunos cambios del sistema nervioso reducen el tono muscular y la capacidad contráctil.
- pérdida de las unidades motoras a nivel del sistema nervioso central que provoca la atrofia muscular.
- Se ha relacionado la presencia de sarcopenia con una pérdida de potencia muscular e independencia funcional, que contribuye en la persona mayor al aumento de riesgo de caídas y fracturas.

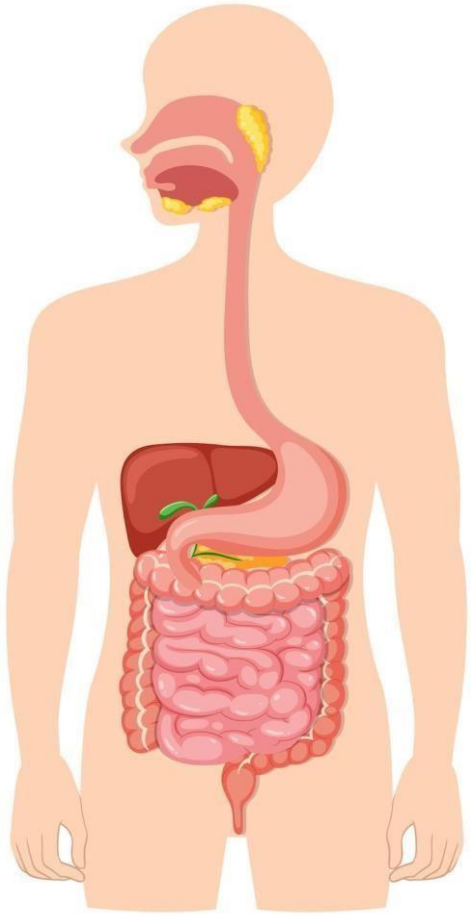
CAMBIOS FISIOLOGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO



DIGESTIVO

1. Se presenta una atrofia en las papilas gustativas que implica cambios en la percepción de sabores dulces y salados
2. Deterioro o pérdida dental , xerostomía relacionada con la atrofia de papilas gustativas, déficit de Zinc (disgeusia) o uso de medicamentos diuréticos, para el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, anticolinérgicos y antidepresivos.
3. Presencia de alteraciones en la deglución que propician neumopatías por aspiración.
4. Deterioro del esfínter faríngeo – esofágico superior.
5. Disminución de la presión y apertura del esfínter esofágico superior; y reducción del reflejo nauseoso.
6. Relajación incompleta del esfínter esofágico inferior con consecuente aumento de exposición al ácido clorhídrico y mayor duración en episodios de reflujo.
7. Reducción de ondas peristálticas que enlentece el descenso de los alimentos.

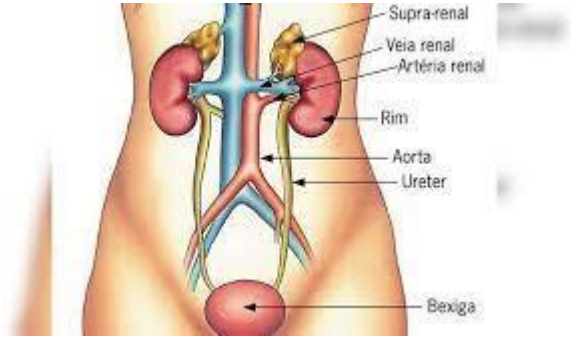
CAMBIOS FISIOLOGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO



DIGESTIVO

1. Retraso en la motilidad gástrica.
2. Aclorhidria (presente en alrededor del 10 – 30% de las personas adultas mayores) relacionada con malabsorción de hierro, calcio y Vitamina B12.
3. Aumento de la saciedad precoz con pequeñas cantidades de alimento debido a la reducción de la distensibilidad del antro por alteraciones en la disponibilidad de óxido nítrico, y aumento en la secreción de colecistocinina.
4. Debido a que los niveles de ácidos biliares se reducen con la edad, la absorción de grasas toma más tiempo

CAMBIOS FISIOLOGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO



DIGESTIVO

1. Pérdida de parénquima renal del 10% por cada década después de los 40, lo cual afecta la conducción de flujo sanguíneo hacia la médula renal.
2. Reducción de la tasa de filtración glomerular de 120ml/minuto (a los 20 años) a 60ml/minuto a los 80 años.
3. Reducción en la capacidad de concentración de orina de aproximadamente un 20%.
4. Disminución de los niveles de renina y aldosterona plasmática, lo cual produce dificultad para excretar cargas de potasio, un aumento de riesgo de hiperkalemia y mayor sensibilidad a fármacos que inhiben la excreción de potasio vía urinaria.
5. En personas adultas mayores la caída de depuración de creatinina por debajo de 60ml/minuto se relaciona con una menor absorción de calcio a nivel intestinal y renal.

TRASTORNOS NUTRICIONALES FRENCUENTES



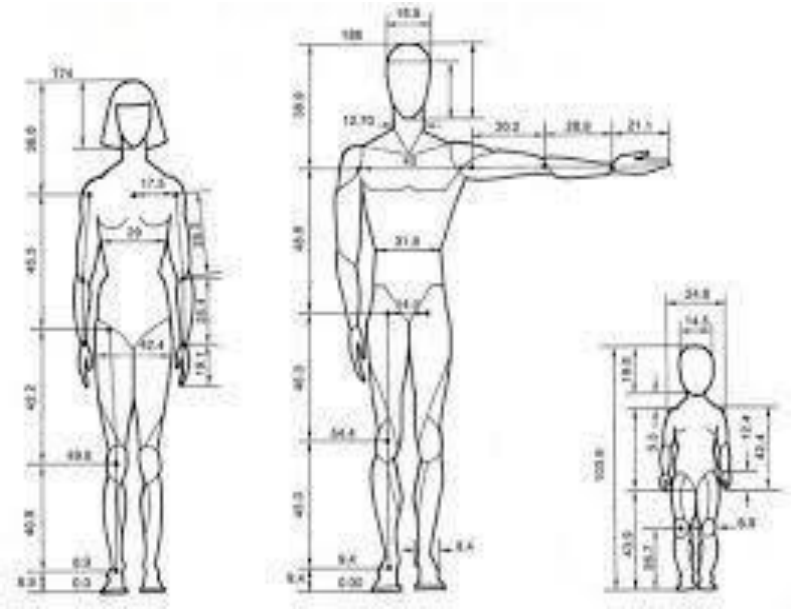
- Sobrepeso y obesidad (sedentarismo, ECV, diabetes y cáncer)
- Déficit de vitamina B12 y anemia
- Disminución de la síntesis de vitamina D
- Desarrollo de desnutrición proteico calórica y sarcopenia.

ESTADO NUTRICIONAL



"Condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales (edad, sexo, estado fisiológico y actividad física) y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos." FAO

ANTROPOMETRIA



Rama de la ciencia que se ocupa de las mediciones comparativas del cuerpo humano, sus diferentes partes y sus proporciones.

los datos obtenidos se comparan con estándares de referencia obtenidos de estudios poblacionales y se procede a realizar la clasificación nutricional.

PATRÓN DE REFERENCIA

Estándar utilizado para la valoración antropométrica mediante la comparación de los datos obtenidos, contra la referencia teórica o ideal.

OMS hasta 64 años

SENPE-SEGG >65 años

OPS patrón de referencia Min Salud

CLASIFICACION ANTROPOMÉTRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Tabla 3. Clasificación antropométrica del estado nutricional para personas mayores de 65 años según el IMC y puntos de corte

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC - kg/m²)	
Clasificación antropométrica	Puntos de corte
Desnutrición grave	<16,0
Desnutrición moderada	16 – 16,9
Desnutrición leve	17 - 18,4
Peso insuficiente	18,5 – 21,9
Normopeso	22,0 – 26,9
Sobrepeso	27,0 – 29,9
Obesidad Grado I	30,0 – 34,9
Obesidad Grado II	35,0 – 39,9
Obesidad Grado IIII	≥40,0

Fuente: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Consenso Multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España 2011.

INDICADOR ANTROPOMÉTRICO

índice estadístico que surge de la combinación de dos variables o parámetros.

PUNTO DE CORTE

límites o intervalos que definen las categorías utilizadas para la interpretación del ENT, al comparar un índice antropométrico contra un patrón de referencia.

CLASIFICACION ANTROPOMÉTRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Clasificación de estado nutricional por Índice de masa corporal en la persona adulta mayor	
Desnutrición severa	<16 kg/m^2
Desnutrición moderada	16-16,9 kg/m^2
Desnutrición leve	17-18,4 kg/m^2
Peso insuficiente	18,5-21,9 kg/m^2
Normopeso	22-26,9 kg/m^2
Sobrepeso	27-29,9 kg/m^2
Obesidad grado I	30-34,9 kg/m^2
Obesidad grado II	35-39,9 kg/m^2
Obesidad grado III	40-49,9 kg/m^2
Obesidad grado IV	≥50 kg/m^2

Adaptado de: Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, "Documento de consenso Valoración nutricional en el anciano." Galénitas - Nigra Trea.

Tabla 4. Clasificación Antropométrica del estado nutricional para adultos de 18 a 64 años de edad, según el índice de masa corporal - IMC

Clasificación IMC kg/m^2	
Delgadez	<18,5
Normal	≥18.5 a < 25
Sobrepeso	≥ 25 a < 30
Obesidad	≥ 30

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2019.

Tabla 5. Clasificación de estado nutricional por IMC en la persona mayor

Clasificación nutricional	IMC (kg/m^2)
Delgadez	≤ 23,0
Normal	> 23 a < 28
Sobrepeso	≥ 28 a < 32
Obesidad	≥ 32

Fuente: OPS. (2002). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC: Autor

MALNUTRICIÓN



La malnutrición es un trastorno causado por un desequilibrio entre el consumo y gasto de energía y nutrientes requeridos para el funcionamiento metabólico y tisular; puede obedecer a una alteración tanto por déficit como por exceso. Alrededor del 30% de las personas adultas mayores institucionalizados ingresan con malnutrición, lo cual aumenta de forma significativa la morbilidad y empeora el pronóstico cuando existen procesos agudos de enfermedad dado el deterioro inmunológico.

Un estado nutricional saludable contribuye, sin ninguna duda, a mejorar el estado funcional y mental del individuo y por ende contribuye a mejorar la calidad de vida del mismo, algo sumamente importante en estos tiempos en que se han aumentado claramente los años de supervivencia

DESNUTRICIÓN



Fig. 1.—El paciente con desnutrición crónica tipo adulto sin grasa y masa muscular. Foto cortesía de la Dra. Lilian Mika Horie.

Se asocia con deterioro de la función muscular, caídas, disminución de la masa ósea, disfunciones inmunológicas, anemia, úlceras por presión, reducción de las funciones cognitivas, mala cicatrización de heridas, retraso en la recuperación de la cirugía, deterioro funcional y aumento de la morbilidad y la mortalidad. La presencia de determinadas enfermedades como las demencias, la enfermedad de Parkinson e infecciones, favorece el desarrollo de la desnutrición proteico-calórica, debido a diferentes mecanismos como la pérdida de apetito, el mayor consumo energético y el hipercatabolismo que se genera en las mismas.

DESNUTRICIÓN



la alimentación está condicionada por las alteraciones estructurales y funcionales que como consecuencia del envejecimiento, acontecen en sus diferentes órganos y como consecuencia de ellas, en no pocas ocasiones, no puedan disfrutar con la alimentación, haciendo que sea una fuente permanente de insatisfacciones y quejas.

papilas gustativas y olfatorias, visión, etc.

caries, enfermedad periodontal, ausencias dentarias, masticación y deglución,

tránsito esófago-gástrico y vaciado gástrico lento, alteraciones de la acidez gástrica, tránsito intestinal lento, Otros hepáticos, renales, etc.

Medicamentos

DESNUTRICIÓN

TABLA 1. Interacciones entre medicamentos y alimentos

Anorexígenos	Alteración gusto		Inhibidor absorción de nutrientes
Diuréticos	Citostáticos: 5 Fluoruracilo		Antiácidos (á. fólico, vit. B_{12}, calcio, hierro)
Diltiazen	AINE: A.A.S., Ibuprofeno		Colchicina (grasas, vit. B_{12})
Digoxina	IECA: Captopril, Enalapril		Cimetidina (calcio, potasio, vit. B_{12}, á. fólico)
Antidepresivos	Nifedipino	Diltiazen	Omeprazol (calcio, cinc, vit. B_{12}, á. fólico)
Tricíclicos	Propanolol	Hidroclorotiazida	Fenitoína (á. fólico, vit. D y K)
Fluoxetina	Espironolactona	Amiloride	Diuréticos (potasio, calcio, magnesio)
Clorpromacina	Penicilina	Lincomicina	Laxantes (nutrientes, vit. liposolubles)
Haloperidol	Metronidazol	Claritromicina	AAS (á. fólico, á. ascórbico)
Sedantes	Cefamandole	Procaína	Warfarina (vit. K)
Citostáticos	Etambutol	Pentamidina	Colestiramina (á. fólico, vit. A y K)
	Carbamacepina	Levo-Dopa	Tetraciclinas (calcio)
	Sulmatriptan	Fluorazepam	Cefalosporinas (proteínas, vit. D y K)
	Triazolan	Zopiclona	Gantamicina (potasio y magnesio)
			Trimetropin+Sulfametoxazol (á. fólico)
			Isoniacida: (vit. B_6, niacida, vit. D)
			Corticoides (calcio, vit. D)

DESNUTRICIÓN

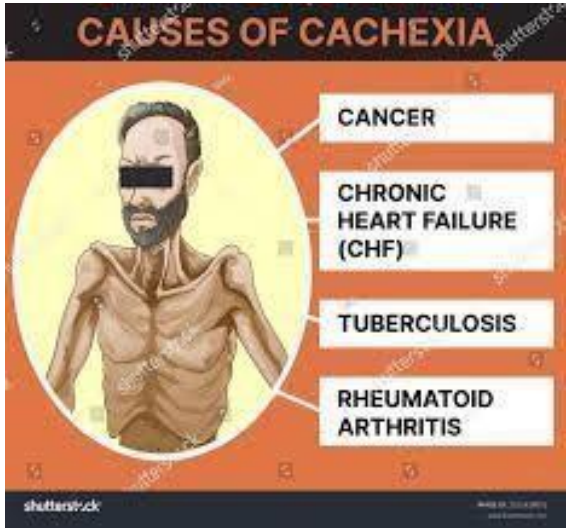


PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE PESO EN LAS PERSONAS MAYORES

ocurre por su asociación con una enfermedad. La pérdida involuntaria de peso puede ser el resultado de distintas situaciones y a menudo se presenta con una combinación de varias de ellas:

- Disminución del apetito (anorexia): la regulación del apetito puede afectarse por múltiples circunstancias como las enfermedades, entre ellas demencia o fármacos. Algunos autores defienden la existencia de una anorexia relacionada con la edad, resultado de cambios en la regulación fisiológica del apetito y de la saciedad. Muchas enfermedades se caracterizan por una disminución del apetito a pesar de existir un incremento de necesidades de energía y nutrientes.

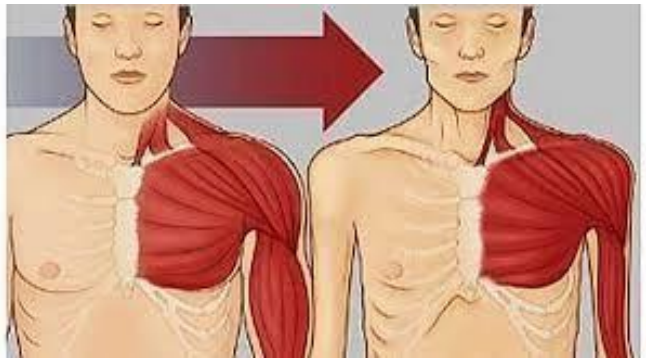
DESNUTRICIÓN



PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE PESO EN LAS PERSONAS MAYORES

- Ingesta de calorías inadecuada a sus necesidades , puede ser secundaria a una enfermedad y puede ser debida a un tracto intestinal no funcionante, a problemas de deglución o a anorexia (apraxia de la deglución por ictus o demencias, trastornos mentales depresión , esquizofrenia paranoide) demencias y alzhéimer, gastroparesia, medicamentos, disfagia)
- Efecto de enfermedades (caquexia). Es la depleción de los depósitos de energía y proteínas relacionada con la producción de citokinas debido a la existencia de una enfermedad (cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal terminal, insuficiencia cardiaca congestiva, artritis reumatoide, etcétera). La caquexia, mediada por citokinas, está casi siempre asociada a anorexia

DESNUTRICIÓN



PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE PESO EN LAS PERSONAS MAYORES

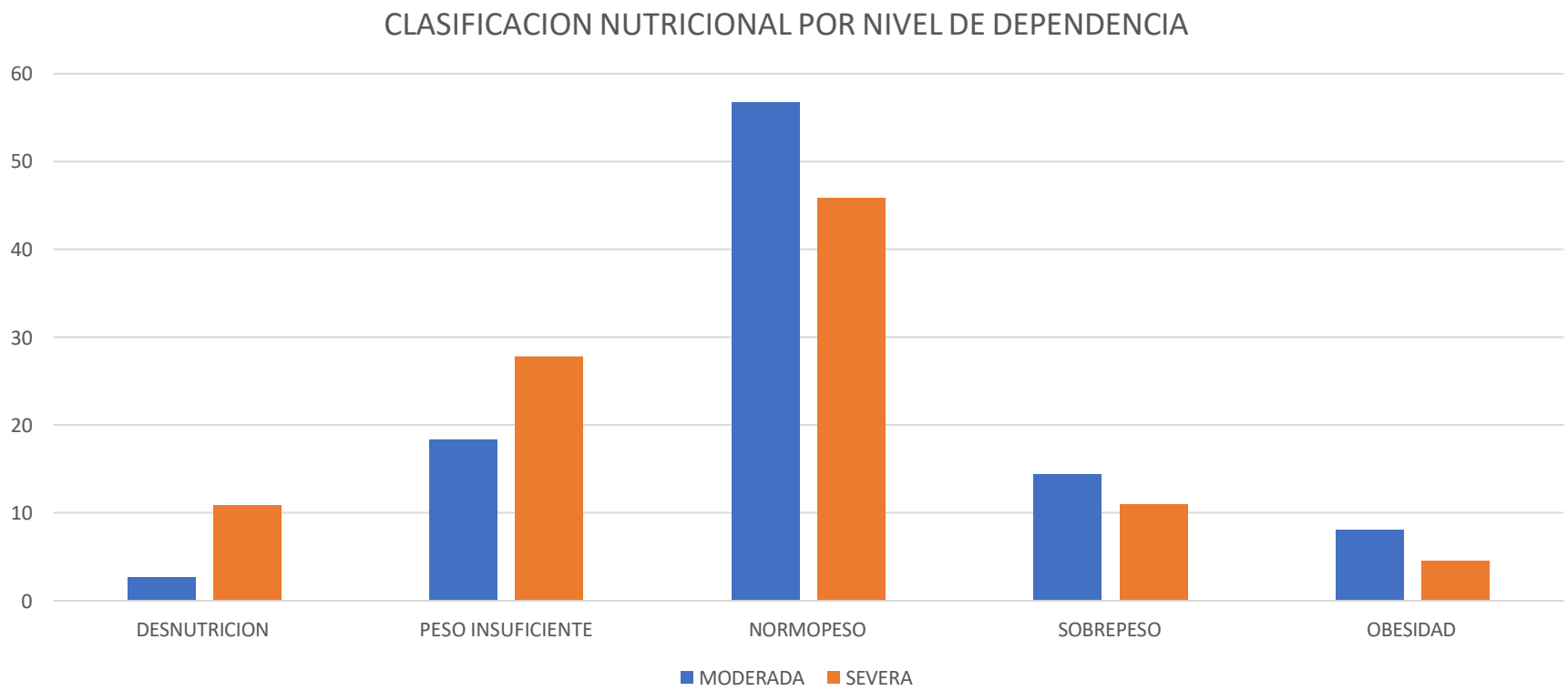
- Disminución de la masa muscular (sarcopenia). Con el envejecimiento se produce una disminución de la masa muscular como consecuencia de una serie de cambios fisiológicos que pueden ser aumentados por el desuso y determinados cambios hormonales. Se estima una prevalencia de sarcopenia entre el 22 y el 28 % en los hombres y el 31 y 52 % en las mujeres de 60 años o más. Se caracteriza por la pérdida de músculo, debilidad muscular y una mayor fatigabilidad y no se asocia obligatoriamente con una pérdida de peso.

ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONA MAYOR

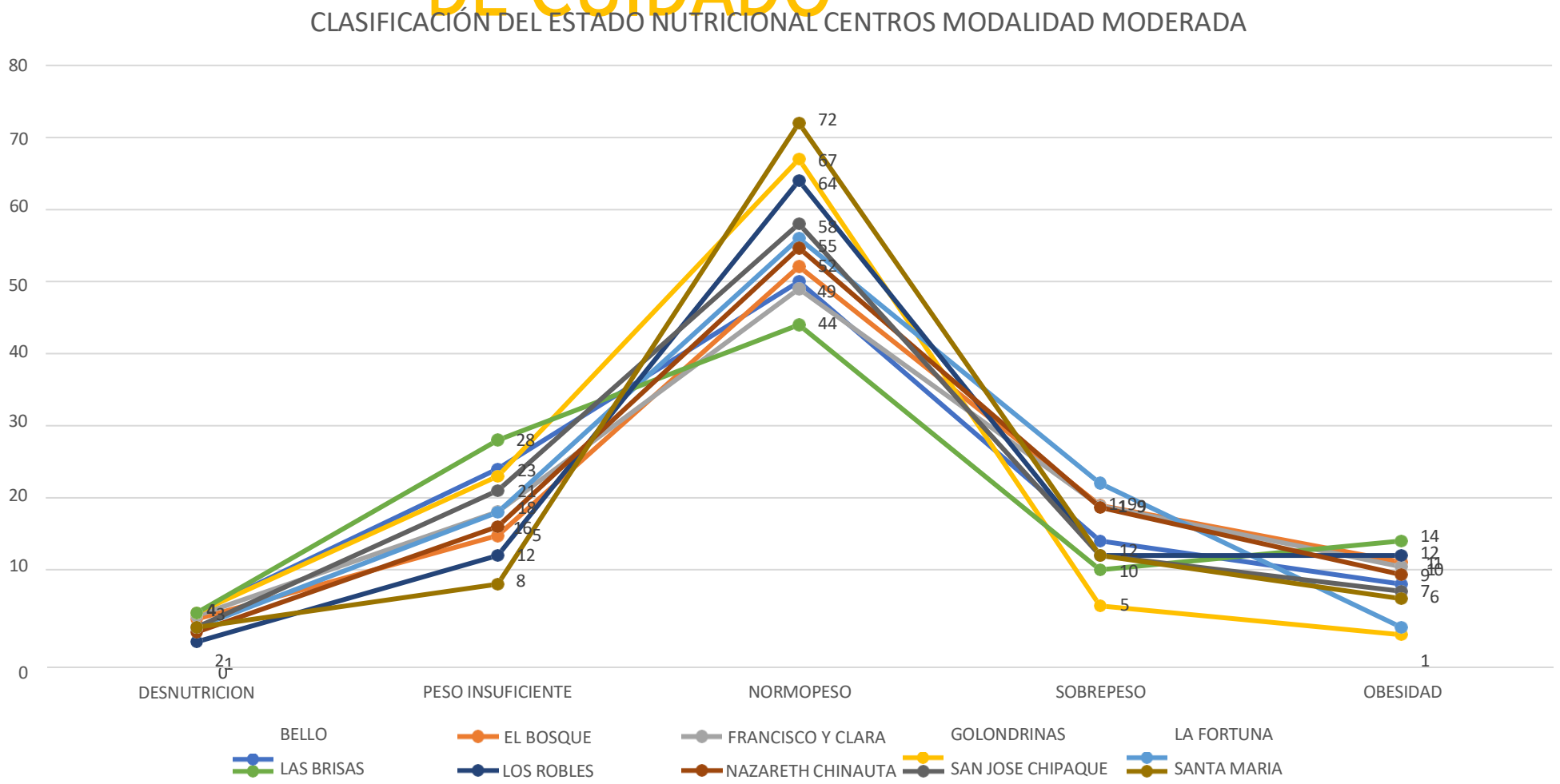


Clásicamente se considera, como indicador de desnutrición, una pérdida de peso involuntaria del 5 % en un mes o del 10 % en seis meses. Sin embargo, más recientemente, los estudios de Wallace realizados en muestras de personas en un entorno ambulatorio han demostrado que una pérdida de peso superior al 4 % en un año se relaciona con una peor evolución del estado de salud y una mayor mortalidad (28 % frente 11 %) a los dos años de seguimiento.

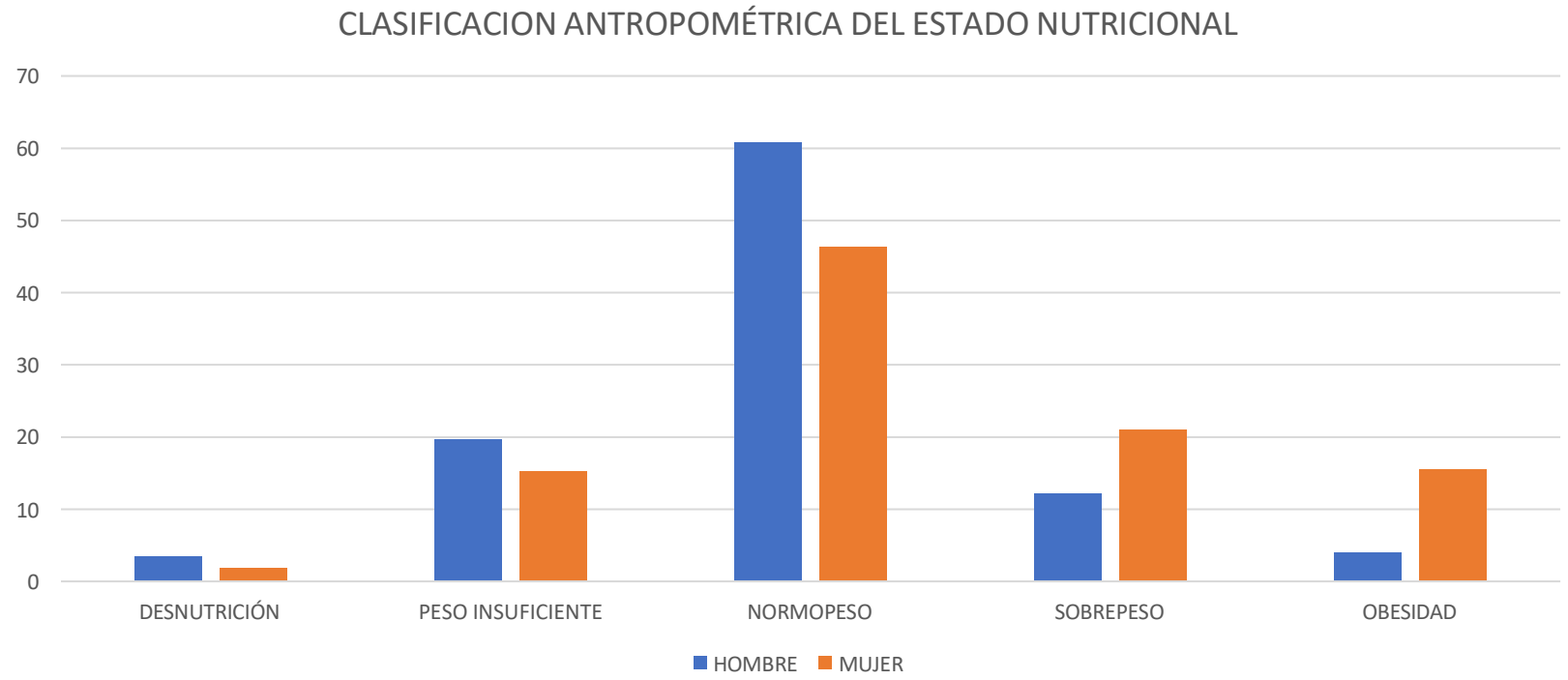
ESTADO NUTRICIONAL EN COMUNIDAD DE CUIDADO



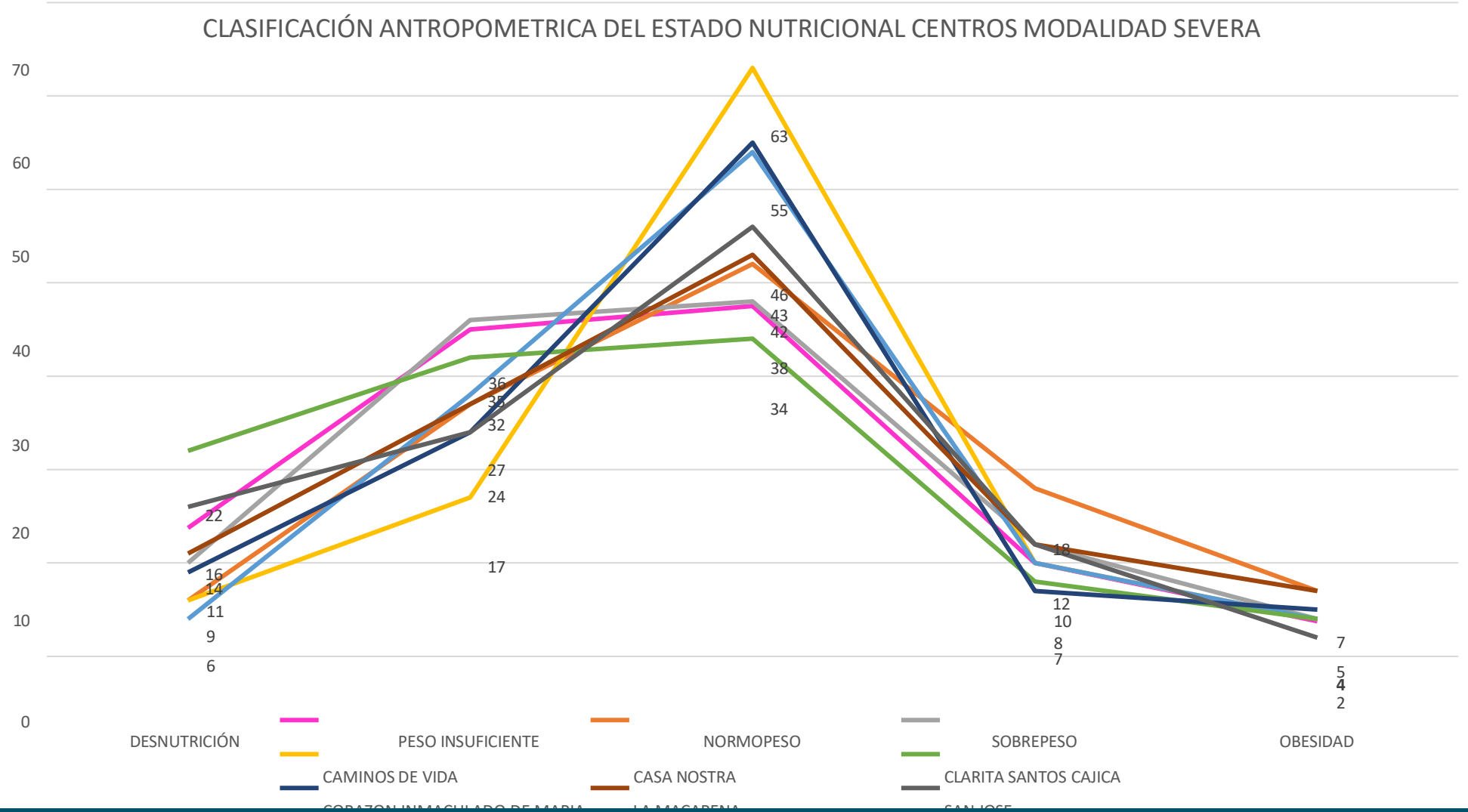
ESTADO NUTRICIONAL EN COMUNIDAD DE CUIDADO



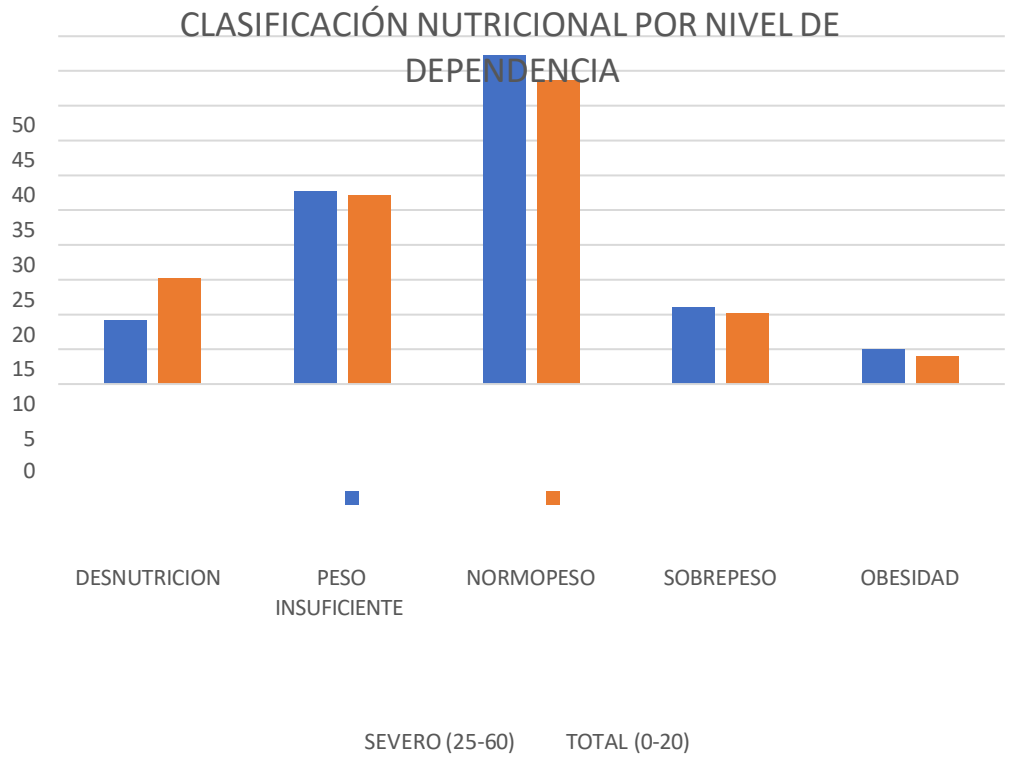
CLASIFICACIÓN POR SEXO MODERADA

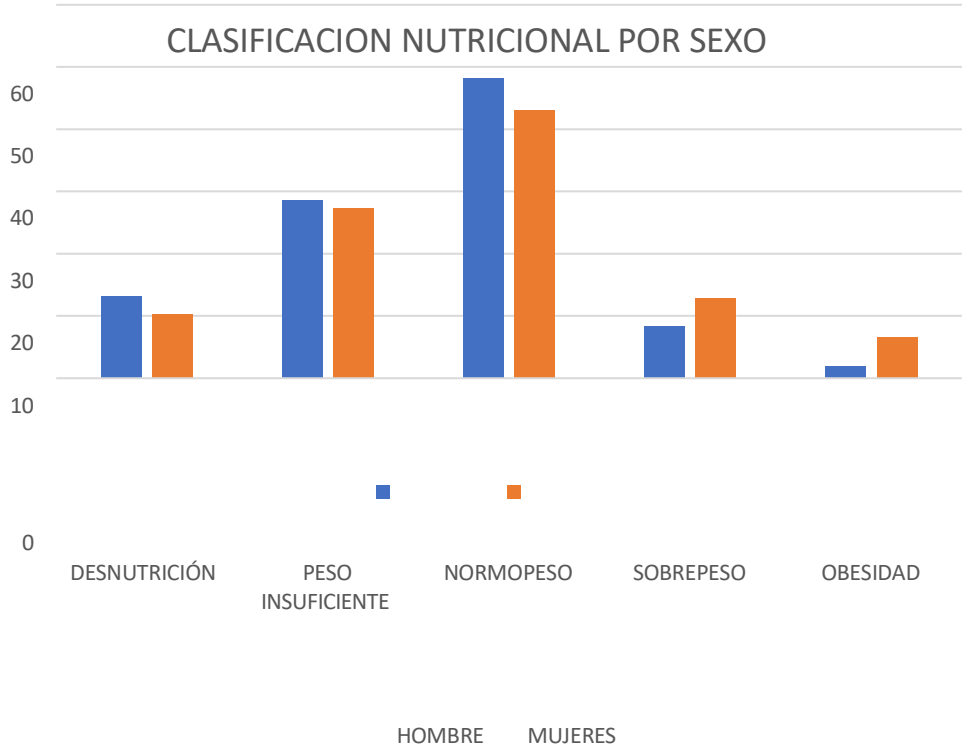


CLASIFICACIÓN MODALIDAD SEVERA

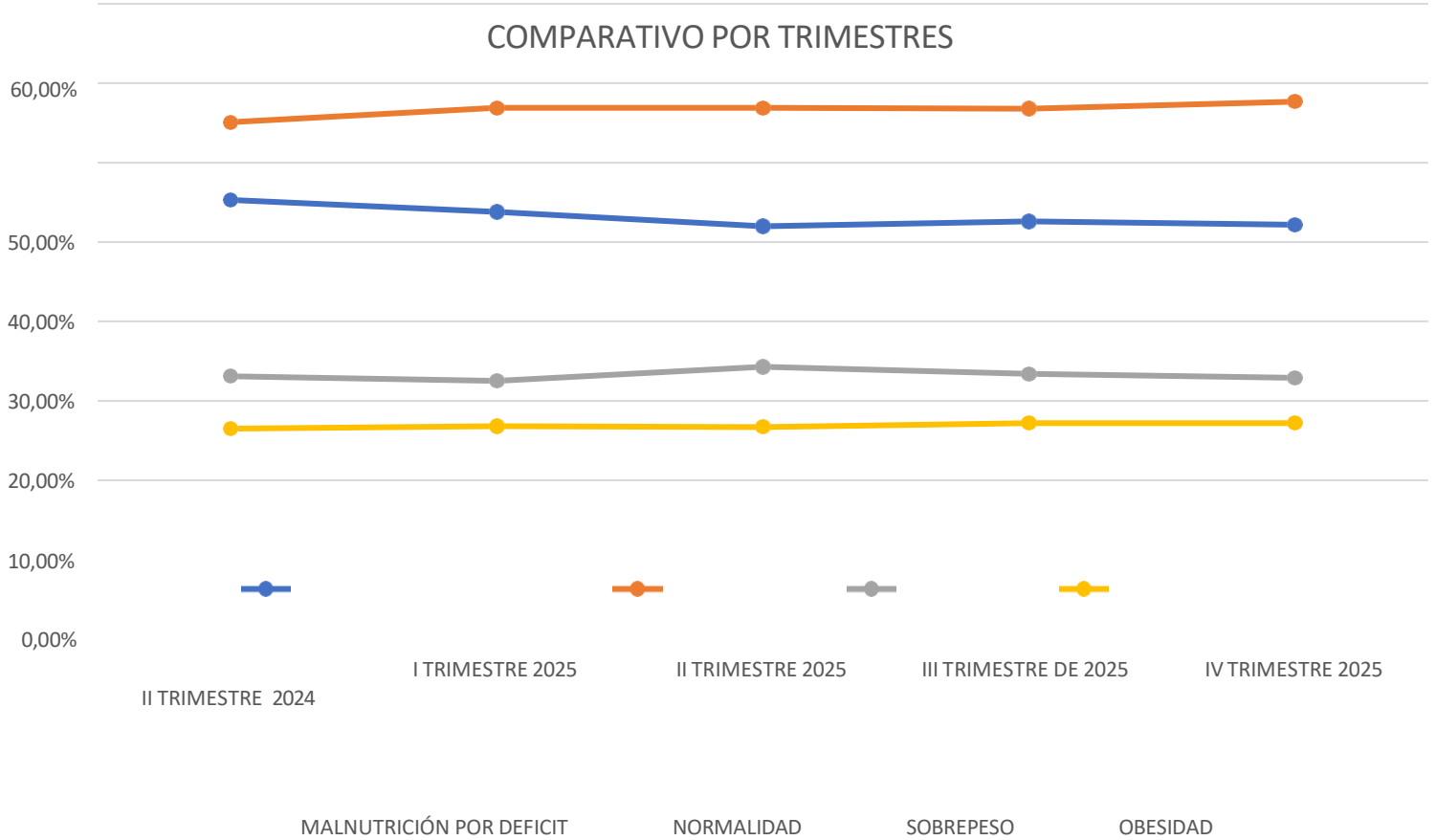


CLASIFICACIÓN MODALIDAD SEVERA





CLASIFICACIÓN MODALIDAD SEVERA







GRACIAS

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