Lugar	Comunidad de Cuidado Tierra Del Sol
Fecha	11/03/2026 17:00 a 19:00
Tema	CUALIFICACION DE ASISTENCIA TECNICA DE SALUD POR PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y COORDINACION DE LA COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL
Desarrollo	Se convoca a una reunión a través de la plataforma Meet, con el fin de presentar la cuantificación de las temáticas tratadas en la asistencia técnica realizada el 11 de marzo de 2026. **Objetivo** Socializar la cualificación técnica brindada en la asistencia técnica en saluda a la coordinación y el enfermero profesional, con el objetivo de fortalecer los conceptos y el manejo de la documentación en la Comunidad de Cuidado Tierra del Sol, asegurando así la prestación del servicio con oportunidad y calidad. **Formatos de salud** **• FOR-PSS-143 Formato registro diario actividades de cuidado para la salud:** Se debe registrar el tipo de documento sin alterar el formato, ya que este es un formato controlado. Asimismo, se debe anotar el documento tal como aparece en la cédula de ciudadanía, junto con los nombres y apellidos completos, sin ninguna enmendadura. En la columna de fecha y hora (formato militar) se deben registrar los datos correspondientes al momento exacto en que se realiza el registro. En la descripción de la actividad, además de indicar la hora en que ocurren los hechos o acciones realizadas, se debe incluir información sobre la condición de salud de la persona mayor, así como los resultados de la valoración cefalocaudal (signos de hidratación, color de la piel, pupilas), el estado de la piel y el estado mental. También se debe registrar la tolerancia a la vía oral, la diuresis, las deposiciones, la adherencia al tratamiento, cualquier novedad específica durante la estancia o en el desarrollo de las actividades, así como la asistencia a citas médicas y cualquier cambio en el tratamiento. Así mismo, es necesario registrar claramente nombre y apellido de la persona que hace

	el registro, con firma (cuando aplique) y documento. No tachones, enmendaduras y letra LEGIBLE. Se indica que, de acuerdo con la rotación del personal auxiliar de enfermería y las jornadas de atención, se establece un número mínimo de registros para cada jornada, así: Jornada de 6 horas: – Un registro de mañana (cómo recibí la persona mayor). – Un registro de medio día (cómo entrego o cómo queda la persona mayor y si hubo novedad convulsiones, caídas, no acepta medicamentos, si salió, con quién y cómo salió). Jornada de 12 horas día: – Un registro mañana (cómo recibo). – Un registro a de medio día (con novedades de la mañana). – Un registro en la tarde (cómo entregué o cómo queda la persona mayor). Jornada noche: – Un registro en noche (cómo recibí, relacionando información dada en entrega de turno). – Una nota con novedades a las 00:00 horas. – Una nota en madrugada (con la de entrega o condición en la que queda la persona mayor.). Si la persona mayor se encuentra en medio hospitalario o medio familiar, se hará un único registro al día (jornada de 24 horas), a no ser que, se tenga un reporte adicional. **Registros de enfermería adicionales que deben diligenciados por el profesional de enfermería:** **SALIDA AL SERVICIO DE URGENCIAS** Se debe realizar el registro de la valoración y de las acciones ejecutadas a las personas mayores en caso de que presenten eventos como caídas, convulsiones, agresiones, entre otros. Este registro debe incluir los signos vitales, la activación de la póliza médica, y el traslado al servicio de urgencias, ya sea en ambulancia o en transporte de la institución, siempre en compañía del auxiliar de enfermería o del enfermero profesional, según corresponda. Se debe verificar y registrar el estado de la piel, identificando si presenta zonas

de presión o úlceras por presión. En estos casos, se debe describir la ubicación anatómica, las características y el tamaño de las lesiones.

INGRESO DE HOSPITALIZACION Y/O SERVICIO DE URGENCIAS
Realizar la valoración y descripción del estado en que ingresa la persona mayor a la Comunidad de Cuidado, relacionando las órdenes médicas, los diagnósticos y las indicaciones dadas.

• FOR-PSS-518 Formato registro de constantes vitales para persona mayor:

El formato de signos vitales formato cuenta con su instructivo correspondiente, el cual explica cómo diligenciarlo correctamente. Se aclara que solo es necesario registrar el valor numérico en cada casilla, ya que la unidad de medida está especificada en cada constante vital.
Se recomienda que la toma de signos vitales se realice durante las horas de actividad de las personas mayores, y queden reportados en hora real para evaluar condición de salud del adulto mayor.
En caso de una hospitalización prolongada de la persona mayor que supere el mes, no se debe diligenciar este formato y el soporte o registro donde se explique el motivo de la no toma de las constantes vitales dentro de la unidad operativa debe quedar en el formato registro diario actividades de cuidado para la salud.

FOR-PSS-583 Formato administración de medicamentos para personas mayores:

Se enfatiza que el nombre y el número de documento deben coincidir exactamente con los registrados en la cédula de ciudadanía o de extranjería, así como con la fórmula médica. Además, debe consignarse la fecha de la última fórmula médica, garantizando la coherencia entre lo ordenado por el médico y lo que se está administrando. Igualmente, se resalta que cada hoja, por ambas caras, debe contener el registro de los mismos medicamentos, asegurando la continuidad y consistencia de la información. En los casos de hospitalización prolongada de la persona mayor que supere el mes, no se deberá diligenciar este formato. En estos casos, el soporte de la no administración del tratamiento farmacológico en la unidad operativa deberá quedar registrado en el formato registro diario de actividades de cuidado para la salud.

	• **FOR-PSS-615 Formato informativo de salud:** Es un documento de apoyo que busca asegurar que se lleve toda la información necesaria para que las consultas médicas sean efectivas, evitando situaciones en las que el personal acompañante desconozca información básica sobre la condición de salud de la persona mayor. Este formato debe entregarse mensualmente al área de gestión documental para anexarlo en la historia social de la persona mayor y los nombres y apellidos de la persona que diligencia el formato deben ser legibles. • **FOR-PSS-806 Formato Acompañamiento a Urgencias hospitalización:** Este formato permite realizar el seguimiento a la persona mayor que se encuentra hospitalizada o en el servicio de urgencias. Se debe diligenciar la fecha de elaboración, los datos de la persona mayor y el reporte brindado por el profesional tratante de la EPS o IPS. Se deben registrar los insumos de aseo y demás elementos personales suministrados por la comunidad de cuidado, así como la persona que realiza la visita de seguimiento. Este formato debe entregarse mensualmente al área de gestión documental para anexarlo en la historia social de la persona mayor y los nombres y apellidos de la persona que diligencia el formato deben ser legibles. • **FOR-PSS-589 Formato consentimiento informado rechazo de la atención:** Este formato sirve para registrar todas las acciones realizadas por el equipo interdisciplinario con la persona mayor, donde decide de forma autónoma aceptar o rechazar la atención en la comunidad de cuidado, siendo este documento el último recurso cuando se identifique que el beneficiario del servicio no desea recibir lo ofertado. En las personas con enfermedades mentales o alguna condición que limite su capacidad de toma de decisiones no se debe implementar este formato y para dejar trazabilidad de la situación o la no aceptación de alguna atención debe quedar en el formato ayuda de memoria con el registro de testigos. Por último, si la persona mayor que rechaza la atención se niegue a firmar el formato, este debe firmarse por un testigo que preferiblemente sea otra persona mayor que haga parte del comité de convivencia.

• **FOR-PSS-222 Formato registro de morbilidad, accidentalidad y mortalidad de personas mayores:**

Se deben consignar las patologías de forma vertical, una por cada casilla. En el apartado de accidentalidad se reporta el tipo de accidente y las acciones tomadas por la Comunidad de Cuidado para asegurar la trazabilidad del evento. En la casilla de Accidentalidad: diligenciar indicando los accidentes que tenga la persona mayor dentro o fuera de la institución, relacionando la fecha en que ocurrió el accidente, el tipo de accidente (ejemplo: Caída desde su propia altura, fractura, trauma, entre otros), y el lugar del accidente (ejemplo: institución, parque, centro médico, medio familiar, entre otros), al igual se deben describir las acciones tomadas por parte de la Comunidad de Cuidado

En la casilla de Mortalidad: debe diligenciarse cuando ocurra el deceso de la persona mayor, indicado fecha del fallecimiento, causa del fallecimiento (ejemplo: infarto cardiorrespiratorio, accidente de tránsito, entre otros) y el lugar del fallecimiento (ejemplo: clínica, comunidad de cuidado, entre otros) número de certificado de defunción.

• **FOR-PSS-575 Formato Valoración Funcional Integral:**

Es un documento en Excel que contiene varias hojas, una por cada perfil profesional encargado de valorar a la persona mayor. La hoja destinada a los profesionales de enfermería se denomina “ENFERMERÍA”; esta valoración debe completarse dentro de los primeros tres días calendario desde el ingreso de la persona mayor a la unidad operativa, con el fin de contar con un concepto actualizado de su condición de salud.

• **FOR-PSS-263 Formato plan de cuidado:**

Se debe registrar la fecha de diligenciamiento de la primera parte del formato, contando con los diagnósticos médicos para crear los diagnósticos NANDA de enfermería y fijar objetivos para cada persona mayor. En una valoración posterior, se monitorea si los objetivos se están cumpliendo y se registra la fecha, e dicho monitoreo. El formato no debe ser alterado en su estructura, pero se puede ajustar el tamaño horizontal de las casillas según sea necesario.

• **FOR-PSS-733 Formato Kárdex de Medicamentos:**

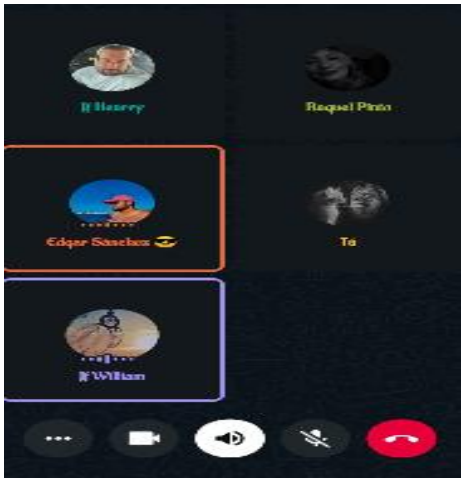
Este formato es de uso exclusivo para profesionales de enfermería, quienes son responsables de su diligenciamiento, modificación y de garantizar su trazabilidad y actualización permanente. El formato debe incluir el nombre del servicio como “Comunidad de Cuidado” y el nombre del centro, de acuerdo con lo registrado en el Sistema de Información SIRBE. Asimismo, la fecha de inicio debe coincidir con la fecha de la fórmula médica vigente, al igual que el registro del nombre del medicamento.

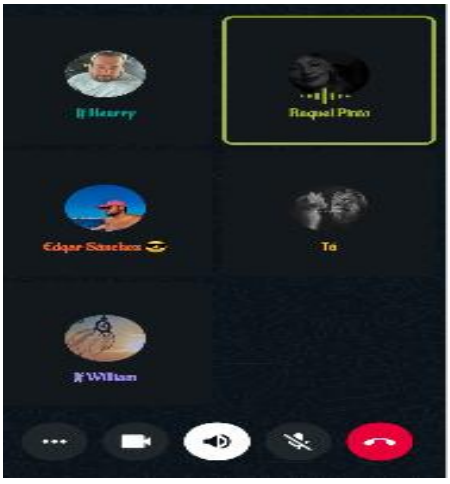
En las casillas de “Mañana”, “Tarde”, “Noche”: registre hora de la mañana en la que se realizará la administración del medicamento, teniendo presente el registro en horario militar. En el ítem “Observación” se debe reportar si hubo algún cambio en cuanto a la suspensión o ajuste por parte del médico tratante.

• **Cuadro de turnos auxiliares de enfermería y enfermeros Profesionales**

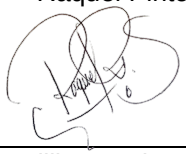
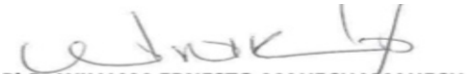
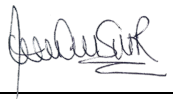
Se debe relacionar todo el talento humano, los que tan pendientes en contratar, incapacidades. Deber ir firmado por la coordinadora y enfermeros profesionales. Se debe enviar el ultimo dia hábil del mes en formato PDF, y adjuntar el archivo en formato EXEL se debe enviar desde el correo institucional y lramirezl@sdis.gov.co. o frincono@sdis.gov.co.

Se adjunta soporte fotográfico.





Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia

	Raquel Pinto 	Coordinadora	Comunidad de Cuidado Tierra Del Sol
	William Mahecha 	Enfermero	Comunidad de Cuidado Tierra Del Sol
	Carolina Soto 	Enfermera	Comunidad de Cuidado Tierra Del Sol
	Edgar Sánchez 	Enfermero	Comunidad de Cuidado Tierra Del Sol
	Henry Morales 	Enfermero	Comunidad de Cuidado Tierra Del Sol

Compromisos	**Actividad**	**Responsable**	**Fecha límite**
	N/A	*N/A*	*N/A*
Próxima reunión	*N/A*		
Elaboró	Carolina Soto		