Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	**5**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	**12/07/2024**	
		Código:	**02-01-F0-0001**	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ___X_ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_ _____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN _X__ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 6 de diciembre, 2024	LUGAR: PIC FONTIBON	HORA INICIO: 8:30 AM
RESPONSABLE: OSCAR DANILO CRUZ REDONDO – INGENIERO DE SISTEMAS (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL: 9:30 AM

OBJETIVO DE LA REUNION

Acta de apropiación conceptual de los lineamientos de: Entornos Cuidadores y de Gestión de la Información de Acciones Colectivas en Salud vigencia diciembre 2024 a julio 2025

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	Saludo
2.	Estructura del equipo GESI
3.	Lectura de lineamientos
4.	Presentación nuevas bases
5.	Cierre

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

Se da inicio a la reunión virtual de apropiación de lineamientos para la vigencia diciembre 2024 a julio 2025, con los OPS del proceso GESI perfiles de digitación y técnicos:

Se procede a compartir por teams la presentación con la estructura del equipo y las condiciones firmadas en el nuevo convenio que se detalla a continuación:



DESARROLLO

GESI (Gestión De Información Salud Publica)
CONVENIO N° 4175-2024

En el Marco del Modelo Territorial de Salud MAS Bienestar, se realiza mediante procesos de captura, procesamiento, entrega y salidas de información, sistemáticamente seguros mediante los cuales se controla el ciclo de vida de la información (consolidación, almacenamiento, depuración, organización, disposición y administración); generando información que permite la orientación de acciones individuales y colectivas; en el marco de la gestión del riesgo y la gestión del cuidado para el bienestar, a fin de lograr una mejor comprensión territorial que contribuya a la toma de decisiones, aportando en el cumplimiento de los objetivos, metas, gestión y resultados en salud con enfoque poblacional, diferencial y de género.

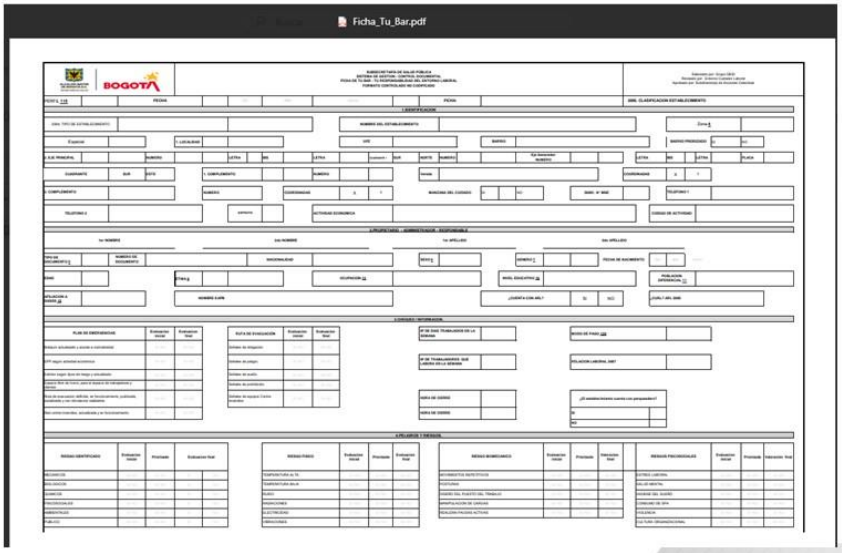
TIPOS DE PERFILES Y CANTIDAD PERSONAS

- 1 profesional Universitario 2
- 4 técnicos en sistemas
- 26 digitadores

DESARROLLO

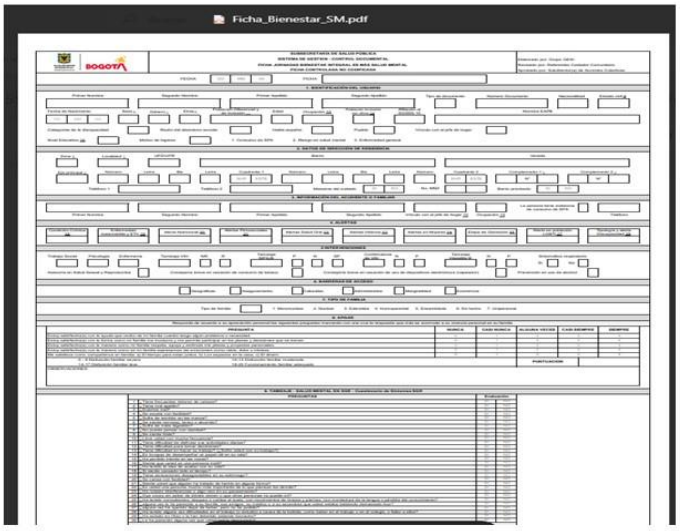
Caja de Herramientas o fichas nuevas

- **Ficha Tu bar**



Caja de Herramientas o fichas nuevas

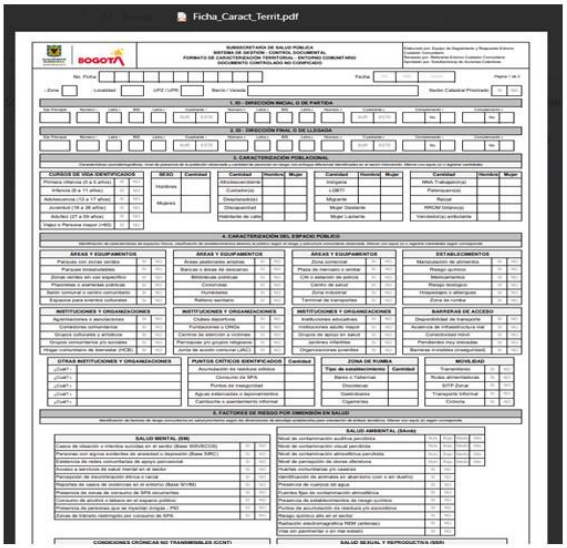
- **Entorno Comunitario**
- **Ficha Bienestar SM**



DESARROLLO

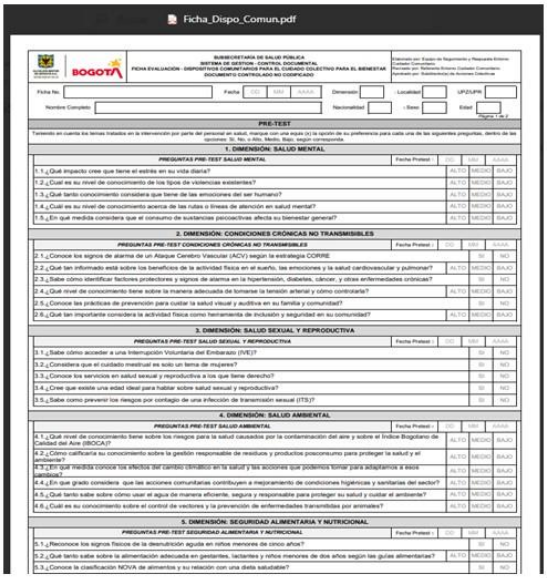
Caja de Herramientas o fichas nuevas

- **Caracterización Territorial**



Caja de Herramientas o fichas nuevas

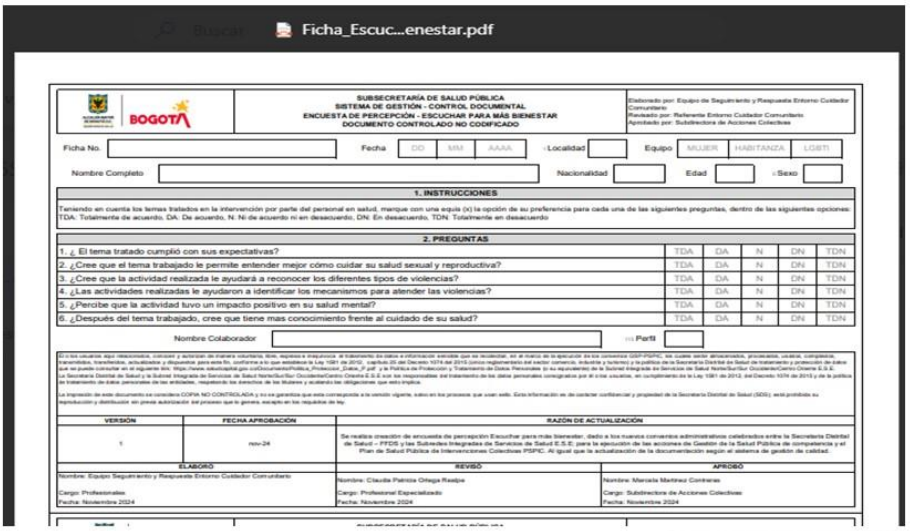
- **Dispositivos Comunitarios**



DESARROLLO

Caja de Herramientas o fichas nuevas

- **Escuchar Bienestar**



Ficha_Escuc...enestar.pdf

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE GESTIÓN - CONTROL DOCUMENTAL
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN - ESCUCHAR PARA MÁS BIENESTAR
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por: Equipo de Seguimiento y Respuesta Entorno Cuidador Comunitario
Revisado por: Referente Entorno Cuidador Comunitario
Aprobado por: Subdirectora de Acciones Colectivas

Ficha No. | Fecha DD MM AAAA | Localidad | Equipo MUJER HABITANZA LGBTI

Nombre Completo | Nacionalidad | Edad | Sexo

1. INSTRUCCIONES

Teniendo en cuenta los temas tratados en la intervención por parte del personal en salud, marque con una equis (x) la opción de su preferencia para cada una de las siguientes preguntas, dentro de las siguientes opciones: TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, N: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, DN: En desacuerdo, TDN: Totalmente en desacuerdo

2. PREGUNTAS

	TDA	DA	N	DN	TDN
1. ¿ El tema tratado cumplió con sus expectativas?					
2. ¿Cree que el tema trabajado le permite entender mejor cómo cuidar su salud sexual y reproductiva?					
3. ¿Cree que la actividad realizada le ayudará a reconocer los diferentes tipos de violencias?					
4. ¿Las actividades realizadas le ayudaron a identificar los mecanismos para atender las violencias?					
5. ¿Percibe que la actividad tuvo un impacto positivo en su salud mental?					
6. ¿Después del tema trabajado, cree que tiene mas conocimiento frente al cuidado de su salud?					

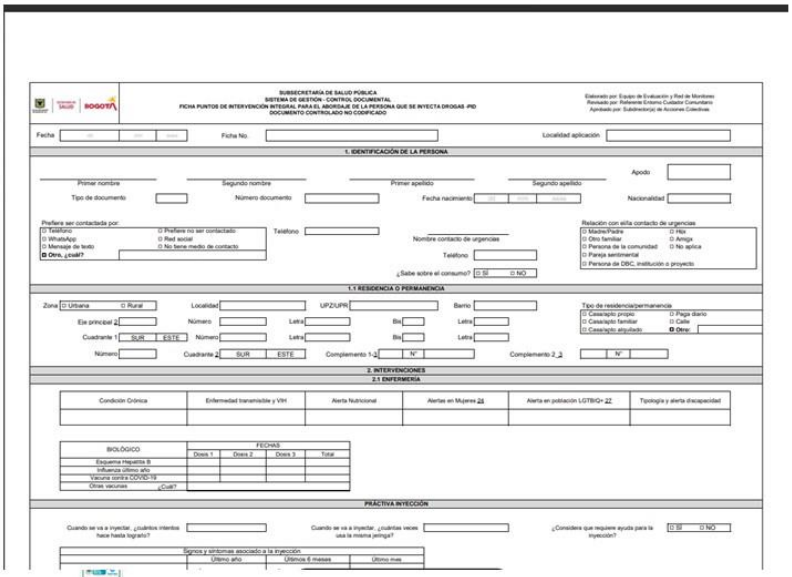
Nombre Colaborador | Perfil

VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	nov-24	Se realiza creación de encuesta de percepción Escuchar para más bienestar, dado a los nuevos convenios administrativos celebrados entre la Secretaría Distrital de Salud – PPDS y las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. para la ejecución de las acciones de Gestión de la Salud Pública de competencia y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC. Al igual que la actualización de la documentación según el sistema de gestión de calidad.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Equipo Seguimiento y Respuesta Entorno Cuidador Comunitario Cargo: Profesionales Fecha: Noviembre 2024	Nombre: Claudia Patricia Ortega Rastpe Cargo: Profesional Especializado Fecha: Noviembre 2024	Nombre: Marcela Martínez Contreras Cargo: Subdirectora de Acciones Colectivas Fecha: Noviembre 2024

Caja de Herramientas o fichas nuevas

- **Ficha PID**



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE GESTIÓN - CONTROL DOCUMENTAL
FICHA PUNTOS DE INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LA PERSONA QUE SE INYECTA DROGAS -PID
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por: Equipo de Evaluación y Red de Monitores
Revisado por: Referente Entorno Cuidador Comunitario
Aprobado por: Subdirector(a) de Acciones Colectivas

Fecha DD MM AAAA | Ficha No. | Localidad aplicación

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido | Apodo

Tipo de documento | Número documento | Fecha nacimiento DD MM AAAA | Nacionalidad

Prefiere ser contactada por:
☐ Teléfono ☐ Prefiere no ser contactado
☐ WhatsApp ☐ Red social
☐ Mensaje de texto ☐ No tiene medio de contacto
☐ Otro, ¿cuál?

Teléfono

Nombre contacto de urgencias

Teléfono

¿Sabe sobre el consumo? ☐ SI ☐ NO

Relación con esta contacto de urgencias
☐ Madre/Padre ☐ Hijo
☐ Otro familiar ☐ Amigo
☐ Persona de la comunidad ☐ No aplica
☐ Pareja sentimental
☐ Persona de DBC, institución o proyecto

1.1 RESIDENCIA O PERMANENCIA

Zona ☐ Urbana ☐ Rural | Localidad | UPZ/UPR | Barrio

Eje principal 2 | Número | Letra | Bis | Letra

Cuadrante 1 SUR ESTE | Número | Letra | Bis | Letra

Número | Cuadrante 2 SUR ESTE | Complemento 1 | N° | Complemento 2 | N°

Tipo de residencia/permanencia
☐ Casa/apto propio ☐ Paga diario
☐ Casa/apto familiar ☐ Calle
☐ Casa/apto alquilado ☐ Otro:

2. INTERVENCIONES

2.1 ENFERMERÍA

Condición Crónica	Enfermedad transmisible y VIH	Alerta Nutricional	Alertas en Mujeres 26	Alerta en población LGTBIQ+ 27	Tipología y alerta discapacidad

BIOLÓGICO	FECHAS Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Total
Esquema Hepatitis B				
Influenza último año				
Vacuna contra COVID-19				
Otras vacunas ¿Cuál?				

PRÁCTIVA INYECCIÓN

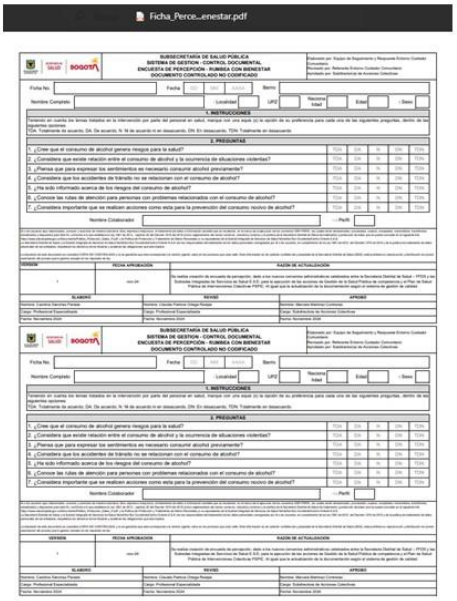
Cuando se va a inyectar, ¿cuántos intentos hace hasta lograrlo? | Cuando se va a inyectar, ¿cuántas veces usa la misma jeringa? | ¿Considera que requiere ayuda para la inyección? ☐ SI ☐ NO

Signos y síntomas asociado a la inyección	Último año	Últimos 6 meses	Último mes

DESARROLLO

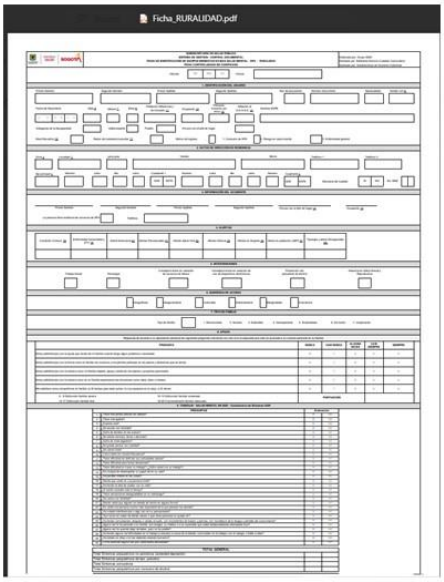
Caja de Herramientas o fichas nuevas

- **Ficha Rumbea**



Caja de Herramientas o fichas nuevas

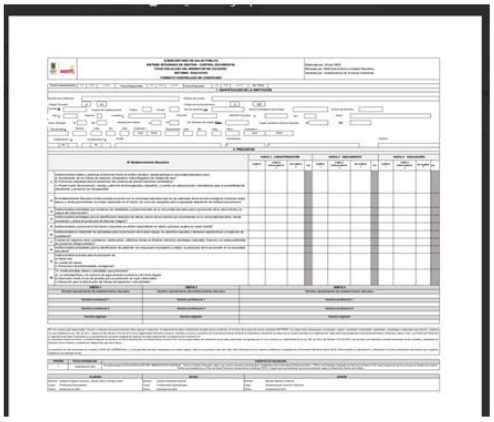
- **Ficha Ruralidad**

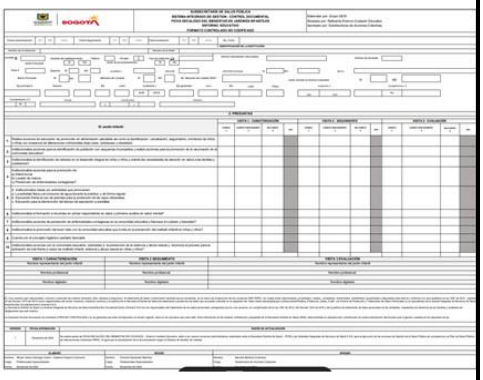


DESARROLLO

Caja de Herramientas o fichas nuevas

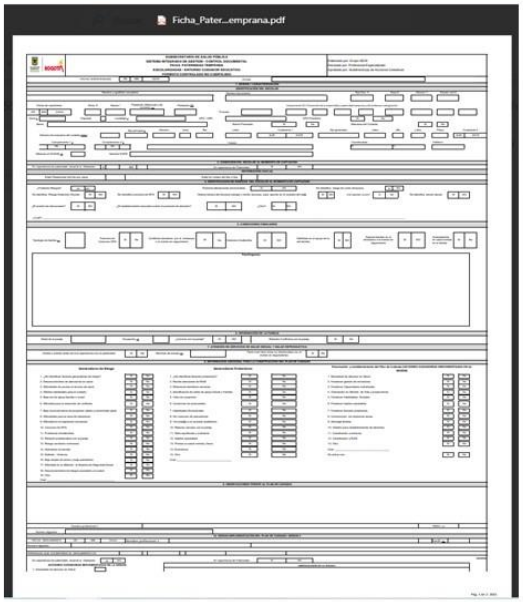
- **Entorno Educativo**
- **Ficha decálogo colegio y Jardines**



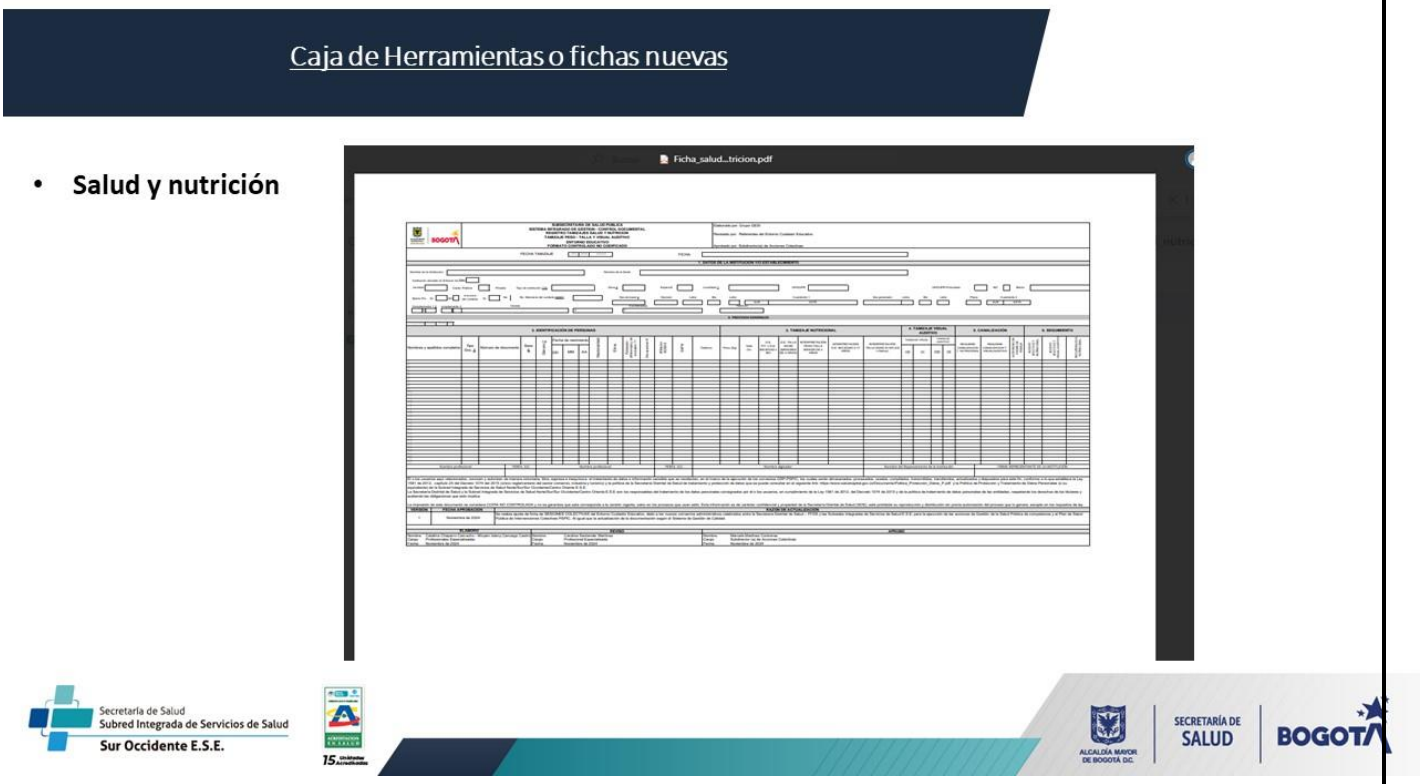


Caja de Herramientas o fichas nuevas

- **Paternidad Temprana**



DESARROLLO



Se abre espacio para preguntas o dudas, sin embargo, no se genera ninguna ya que de acuerdo con lo visto el lineamiento y a lo comentado a través de la reunión, el lineamiento no presenta cambios con respecto al documento operativo.

Se comparte link de ubicación de los lineamientos para la consulta de todo el equipo

https://subredsuroccidentegovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingenierosistemasgesi_subredsuroccidente_gov_co/ErW7Tp0_dPZGrC_CpDNsxl4BUJcC3J9r3vILmCirsnwdPw?e=KKEbAL

La asistencia se toma a través del siguiente link de outloock form

Id	Hora de inicio	Hora de finalización	Correo electrónico	Nombre	Nombre y Apellido	Perfil	Correo electronio
1	06/12/2024 8:37	06/12/2024 8:37	anonymous		Catalina Daza Ballen	Tecnica Administrativa	catalina_daza@yahoo.com
2	06/12/2024 8:37	06/12/2024 8:38	anonymous		ANA VICTORIA CORTES RODRIGUEZ	DIGITADORA	vickycortes328@gmail.com
3	06/12/2024 8:39	06/12/2024 8:39	anonymous		IVONN LORENA MARQUEZ AGUILAR	DIGITADOR	ilomamarquez@gmail.com
4	06/12/2024 8:39	06/12/2024 8:40	anonymous		ERLY ROCIO ENGATIVA AVIS	DIGITADOR	CITYROUSES2826@HOTMAIL.COM
5	06/12/2024 8:46	06/12/2024 8:47	anonymous		Leidy Paola Castañeda	Digitadora	castanedacoronadoleidypaola@gmail.com
6	06/12/2024 8:53	06/12/2024 8:54	anonymous		Lizeth Amaya	Digitador	lizeth.amaya1012@gmail.com
7	06/12/2024 8:53	06/12/2024 8:54	anonymous		Paula Andrea guaman osuna	Digitador	Paulis.pago99@gmail.com
8	06/12/2024 8:53	06/12/2024 8:54	anonymous		Leidy Katherine Olarte Ayala	Digitadora	ayalakatherine990@gmail.com
9	06/12/2024 8:53	06/12/2024 8:54	anonymous		JESUS ALFREDO HERNANDEZ ACEVEDO	TECNICO OPERATIVO	jesebass@hotmail.com

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	**5**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	**12/07/2024**	
		Código:	**02-01-F0-0001**	

DESARROLLO

10	06/12/2024 8:53	06/12/2024 8:54	anonymous	Cesar Augusto Gamba	Tecnico de sistemas	gamblack24@hotmail.com
11	06/12/2024 8:53	06/12/2024 8:54	anonymous	Angela Yohana Arias Arevalo	Digitadora	Yohanaarias7@gmail.com
12	06/12/2024 8:53	06/12/2024 8:54	anonymous	VALENTINA CALDERON	DIGITADORA	auravcal05@gmail.com
13	06/12/2024 8:53	06/12/2024 8:54	anonymous	Adriana Rivera Jaramillo	Digitadora	adryriveraj@gmail.com
14	06/12/2024 8:54	06/12/2024 8:54	anonymous	Yuledt Estupiñan Rodríguez	Digitadora	yuledt.e@hotmail.com
15	06/12/2024 8:54	06/12/2024 8:54	anonymous	Karen scith calderín González	Digitadora	karen10calderin@gmail.com
16	06/12/2024 8:54	06/12/2024 8:54	anonymous	Alexander Riveros Guerrero	Digitador	Alixanderriverosguerrero@gmail.com
17	06/12/2024 8:54	06/12/2024 8:54	anonymous	Camilo Herrera	Digitador	caherrera0512@gmail.com
18	06/12/2024 8:54	06/12/2024 8:55	anonymous	Paula Alejandra Motato Rodriguez	Digitadora	paularodr2021@gmail.com
19	06/12/2024 8:56	06/12/2024 8:56	anonymous	Martha c Riojas	Digitadora	Mariojascastillo@hotmail.com
20	06/12/2024 9:11	06/12/2024 9:11	anonymous	Wilson Andrés Gómez romero	Técnico en sistemas	gomezromero2013@gmail.com
21	06/12/2024 9:22	06/12/2024 9:23	anonymous	Paula Alejandra Márquez	Digitadora	digitadorgestionpam@gmail.com
22	06/12/2024 9:25	06/12/2024 9:25	anonymous	Karol Yissell Valencia Pérez	Digitadora	digitadorgestionkv@gmail.com
23	06/12/2024 9:27	06/12/2024 9:28	anonymous	Edwar Yulian Monroy Vega	Digitador	edwarmonroyv@gmail.com
24	06/12/2024 9:27	06/12/2024 9:28	anonymous	Vanessa Camelo	Digitadora	Valetica2002@gmail.com
25	06/12/2024 9:26	06/12/2024 9:27	anonymous	Oscar Danilo Cruz Redondo	Ingeniero Sistemas	ingenierosistemasgesi@subredsuroccidente.gov.co

FECHA: diciembre 6, 2024	TEMA: Apropiación conceptual de los lineamientos Entornos Cuidadores y de Gestión de la Información de Acciones Colectivas en Salud

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia
.

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	SE ANEXA LISTADO					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						