

|                                                                                                                                                           |                                                        |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL<br>FORMATO AYUDA DE MEMORIA | Código: FOR-GD-040              |
|                                                                                                                                                           |                                                        | Versión: 1                      |
|                                                                                                                                                           |                                                        | Fecha: I2026022259 - 07/07/2026 |
|                                                                                                                                                           |                                                        | Página: 1 de 2                  |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lugar      | CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Fecha      | 10/08/2026 Hora: 09:00 AM - 10:00 AM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tema       | INGRESO DE PERSONA MAYOR AL SERVICIO ATENCIÓN SOCIOANITARIA TRANSITORIA SALUD Y VIDA DE LA PERSONA MAYOR ARTURO SÁNCHEZ SÁNCHEZ CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 3264478                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Desarrollo | <p>SEGURO LAS 09:00 AM, INGRESAMOS EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL, CONFORMADO POR PROFESIONAL ALICIA MANJARRÉS, AUXILIAR DE ENFERMERÍA NÉSTOR OTÍZ, A REALIZAR PROCESO DE INGRESO AL SERVICIO ATENCIÓN SOCIOANITARIA TRANSITORIA SALUD Y VIDA DE LA PERSONA MAYOR ARTURO SÁNCHEZ SÁNCHEZ, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 3264478, PARA ESTA ACCIÓN. APOYA PROFESIONAL DEL CENTRO DE SALUD ADRIANA SANTABRITA QUIEN HACE ENTREGA DE: CÉDULA DE CIUDADANÍA ORIENTAL. 2 TARJETAS TOLLAGE, 1 BILLETERA, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA UN MES, CON SU RESPECTIVA ORDEN, CONSTANCIA DE VIVIR EN COMUNIDAD, HISTORIA CLÍNICA.</p> <p>SE REALIZA VALORACIÓN GERIÁTRICA A PERSONA MAYOR, DONDE SE EVIDENCIA PERSONA MAYOR CON DIFICULTAD. PARA RESPIRAR, CON USO DE OXÍGENO POR CÁMULA NASAL POR LO CUAL SE SOLICITA A TRABAJO SOCIAL VALORACIÓN MÉDICA, PARA DEFINIR ESTADO DE SALUD DE LA PERSONA MAYOR, EN VALORACIÓN SE DEFINE QUE LA PERSONA MAYOR REQUIERE USO DE OXÍGENO COMPLEMENTARIO POR LO CUAL QUEDEMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE TRÁMITE DE SOLICITUD DE OXÍGENO COMPLEMENTARIO POR PARTE DEL CENTRO DE SALUD.</p> |

|                                                                                                                                                                |                                                                   |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL</p> | <p>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</p> <p>FORMATO AYUDA DE MEMORIA</p> | Código: FOR-GD-040              |
|                                                                                                                                                                |                                                                   | Versión: 1                      |
|                                                                                                                                                                |                                                                   | Fecha: 12026022259 - 07/07/2026 |
|                                                                                                                                                                |                                                                   | Página: 2 de 2                  |

|                 | Nombre                               | Cargo/Rol               | Dependencia             | Firma                                                                               |
|-----------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Asistentes      | Adriana Sonabriga Leiva              | Asociado                | Semper Mendoza          | Adriana Sonabriga Leiva                                                             |
|                 | Alexandra Mayarres                   | Profesional Eq. Técnico | Subdirección Vezes SDIS |  |
|                 | INBIO CHIT                           | Asistente de Enfermería | SDIS / Silbo y Udon     | INBIO CHIT                                                                          |
|                 |                                      |                         |                         |                                                                                     |
|                 |                                      |                         |                         |                                                                                     |
|                 |                                      |                         |                         |                                                                                     |
|                 |                                      |                         |                         |                                                                                     |
| Compromisos     | Actividad                            | Responsable             | Fecha límite            |                                                                                     |
|                 | NO APLICA                            | NO APLICA               | NO APLICA               |                                                                                     |
|                 |                                      |                         |                         |                                                                                     |
|                 |                                      |                         |                         |                                                                                     |
| Próxima reunión | NO APLICA                            |                         |                         |                                                                                     |
| Elaboró         | INBIO CHIT - Asistente de Enfermería |                         |                         |                                                                                     |