## ACTA DE SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

**Tema**: Seguimiento en campo a Entorno Cuidador Laboral - "Bienestar en Nuestro Entorno Laboral" Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. CONVENIO No. 4195 -2024

| Dirección y/o Oficina | Proceso |
|---|---|
| SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA | GESTION SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA / INSPECCIÓN/VIGILANCIA Y CONTROL |

| Objetivo de la reunión | |
|---|---|
| Realizar el seguimiento técnico en campo a la operación de los Productos del convenio interadministrativo GSP_PSPIC No. 4195-2024 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente | **Fecha del seguimiento:** 10/04/2025<br>**Lugar:** Hendry Brewster y Sabor<br>**Hora Inicio:** 2:50 pm **Hora Fin:** 3:50 pm<br>**Responsable del seguimiento:** Sandra Helena Jimenez |

| | |
|---|---|
| **ENTORNO, TEMA TRANSVERSAL O PROCESO TRANSVERSAL:** | Entorno Cuidador Laboral - "Bienestar en Nuestro Entorno Laboral" |
| **NOMBRE DEL PRODUCTO:** | Caracterización condiciones de salud en UTI |
| **CODIGO DEL PRODUCTO - PPP** | 25 |
| **LINEA (VSA) / SUBSISTEMA (VSP):** | No aplica |
| **LOCALIDAD** | Bosa |

## 1. ASPECTOS A VERIFICAR - SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

**ACTIVIDAD / PROCEDIMIENTO / INTERVENCIÓN:**
Caracterización de las condiciones de salud y trabajo en UTI mediano Impacto

| Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita | Cumple | No cumple | No Aplica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| La persona que ejecuta la intervención cumple con el perfil establecido en los anexos del convenio. | X | | | Se realiza seguimiento en campo a TSO Lizeth Chosay quien cumple con el perfil establecido Tecnologia en Salud Ocupacional con licencia en SST. |

| Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita | Cumple | No cumple | No Aplica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| La persona que realiza la intervención porta la chaqueta y carné de la subred. | X | | | La Tecnologa se presenta con chaqueta y carné institucional correspondiente a la Subred. |
| Utiliza los elementos de protección personal requeridos para la intervención. | X | | | La colaboradora usa uniformeme. |
| **Diligenciamiento de actas y/o Formatos:** Se utiliza los documentos, Formatos instrumentos o actas oficiales definidos en el lineamiento, y se diligencian de forma clara y legible. | X | | | Se realiza diligenciamiento de formato UPI lo correspondiente a proceso de caracterización, donde se encontraron 3 trabajadoras a quien se realiza proceso de toma de perimetro abdominal sin tener en cuenta técnica adecuada Ficha No. 407022308?3 |
| **Calidad de la actividad** La intervención se desarrolla en cumplimiento a los lineamientos y anexos técnicos definidos por la SDS en el Convenio o contrato. | X | | | Se realiza proceso de caracterizacion en UPI de mediano impacto en donde se caracterizan 3 trabajadoras a quien se toma medida pc PA sin la técnica adecuada. |

| Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita | Cumple | No cumple | No Aplica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| **Calidad de la actividad**<br>La intervención se desarrolla teniendo en cuenta la perspectiva pedagógica dialógica definida en el marco de los lineamientos de la educación para la Salud Pública. | X | | | La tecnologa desarrolla el proceso por medio de piezas comunicativas relacionadas con los riesgos identificados en la UTI |
| **Calidad de la actividad**<br>Cuenta con los insumos requeridos según el anexo 8 del convenio, para el desarrollo de la actividad | X | | | La colaboradora en el momento de la intervención contó con formato correspondiente a UTI, cinta métrica para el desarrollo de la intervención. |
| **Otros aspectos evidenciados** | No aplica. | | | |

**2. HALLAZGOS EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO:**

Se identificó técnica inadecuada en toma de perimetro abdominal lo cual dificulta identificar la existencia de riesgo cardiovascular por lo cual es necesario generar plan de mejoramiento a Tecnologa en Salud Ocupacional

## 3. PLANES DE MEJORA PARA FORTALECER EL PRODUCTO:

se genera plan de mejora SI X NO _____

| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Toma de perimetro Abdominal tomando en cuenta técnica adecuada | Tecnologa Salud Ocupacional | Inmediato. |
| | | |
| | | |
| | | |

## 4. FIRMA DE QUIENES PARTICIPARON EN EL SEGUIMIENTO:

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | ENTIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Lerdy Lizeth Chasoy J. | Tecnologa Salud O. | Subred Sur occidente | |
| 2 | Sonia Espinosa | Prof. Apoyo | S.S.O | Sonia Esp |
| 3 | Maribel Cortes | Reg Laboral | SSO | |
| 4 | Sandra Helena Jimenez | Prof Esp | SDS | |
| 5 | Judy Marcela López | Coordinadora GPP-PSPIC | Subred Sur Occidente | |
| 6 | Helena Alvarez Garcia | Lider Equipo | SDS. | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |

**Evaluación y cierre del seguimiento**

| ¿Se logró el objetivo? | | Observaciones (si aplica) |
|---|---|---|
| Sí [X] | No [ ] | "La Coordinación GSP - PSPIC de la Subred y el Líder del equipo de apoyo a la supervisión de la SDS; si bien no participaron en el seguimiento en campo, firman el acta como notificación de lo evidenciado por parte de los profesionales del equipo de apoyo a la supervisión." |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA<br>SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>REGISTRO SEGUIMIENTOS EN CAMPO<br>DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO | |
|---|---|---|

Elaboró: Claudia Acosta Rios - Hugo Céspedes González /Revisó:- Marcela Martínez Contreras / Aprobó: Patricia Eugenia Molano Builes

NOMBRE DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN: Sandra Jimenez

ENTORNO/PROCESO/LINEA: Entorno Cuidador Laboral

PERIODO OBJETO DE SEGUIMIENTO: Abril 2025

| No | FECHA DEL SEGUIMIENTO EN CAMPO | HORA | PRODUCTO/INTERVENCION | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/INSTITUCION/USUARIO | DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO/INSTITUCION/USUARIO | NUMERO DE ACTA/FICHA QUE SE REALIZO EL SEGUIMIENTO EN CAMPO (SI APLICA) | VISITA DE CASA EFECTIVA/FALLIDA | AUTORIZO USO Y TRATAMIENTO DE MIS DATOS (*) | FIRMA DEL USUARIO | FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SUBRED |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 10/04/25 | 2:50 pm | 25 | Hedry Broaster y Sabor | Kr 87M 59-96 Sur | 407022 30073 | Efectiva | Si | [illegible] | [signature] |
| 2 | 10/04/25 | 5:20 pm | 37 | Venta de empanadas | Kr 88C-51B-2 Sur | 407022 30071 | Efectiva | Si | [illegible] | [signature] |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |

FIRMA DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISION: Sandra Jimenez

(*) "Acepta los términos y condiciones donde se indica en la columna Si o No Autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud, para hacer uso y tratamiento de mis datos personales de conformidad con lo previsto en el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Ley 1581 de 2012. (Política de Protección de Datos Personales)"