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 E.S.E. CONVENIO No. 4174-2024

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. CO1.PCCNTR 4174-2024 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	**Fecha del seguimiento:** 16/06/2025 **Lugar:** Snoopy Laridia **Hora Inicio:** 3:47 pm **Hora Fin:** 5:30 pm **Responsable del seguimiento:** Sandra Helena Jiménez

ENTORNO, TEMA TRANSVERSAL O PROCESO TRANSVERSAL:	Entorno Cuidador Laboral
NOMBRE DEL PRODUCTO:	Asesoría para la desvinculación de NNT. trabajo inf.
CODIGO DEL PRODUCTO - PPP	37
LINEA (VSA) / SUBSISTEMA (VSP):	No aplica
LOCALIDAD	Tunjuelito.

1. ASPECTOS A VERIFICAR - SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

ACTIVIDAD / PROCEDIMIENTO / INTERVENCIÓN: Asesoría para la desvinculación de trabajo infantil en NNA perfil de Enfermería.

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 profesional en enfermería Adriana Rodriguez quien cumple con el perfil para la intervención.

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 profesional porta chaqueta y carnt institucional.
Utiliza los elementos de protección personal requeridos para la intervención.			X	No aplica para la intervención.
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 contò con formatos fichas NNA No. 3060256754 en donde se identifica peso y talla con lapiz, usuaria firma asesoria sin que la profesional lo hubiera diligenciado, posteriormente lo diligencia. Ficha No. 3060256755 usuaria firma sin diligenciarse la asesoria por la enfermera, posteriormente la diligencia, se hace la observacion y recomendaciones correspondientes.
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			La asesoria a las niñas se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el lineamiento sin embargo el diligenciamiento de los formatos es incompleto, teniendo en cuenta que la profesional ya cuenta con un plan de mejoramiento y teniendo en cuenta la calidad de la asesoria se solicita reforzar y dar continuidad a las acciones del plan de mejoramiento ya generado

Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita	Cumple	No cumple	No Aplica	Observaciones
Calidad de la actividad 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 intervencion se desarrolla teniendo en cuenta la perspectiva pedagogica y dialogica por medio de ilustraciones y piezas comunicativas.
Calidad de la actividad Cuenta con los insumos requeridos según el anexo 8 del convenio, para el desarrollo de la actividad	X			Se conto con insumos tales como báscula, tallimetro, papeleria y piezas comunicativas a corde con la intervencion.
Otros aspectos evidenciados	Se evidencia apropiacion conceptual por parte de la profesional, sin embargo se evidencio diligenciamiento en lapiz de peso y talla y firma de los usuarios sin diligenciar completamente el formato.			

2. HALLAZGOS EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO:

Teniendo en cuenta que la profesional ya cuenta con un plan de mejoramiento en periodo anterior para este seguimiento no se genera planes nuevos ni glosas.

3. PLANES DE MEJORA PARA FORTALECER EL PRODUCTO:

se genera plan de mejora SI____ NO X

	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

4. FIRMA DE QUIENES PARTICIPARON EN EL SEGUIMIENTO:

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
1	Adriana Rodriguez	Enfermera	Subred SUR	
2	Andrea Pineros S	Profesional Apoyo	Subred Sur	Andrea Pineros S.
3	Sandra Helena Jimenez	Prof-ESP	SDS	
4	Erica Ospina Ortiz	Subred Sur	Ref. laboral	Erica Ospina
5	Helena Aldana Garcia	Lider equipo apoyo supervi.	SDS.	
6	Maira Julieth Tinoco	Coordinadora GSP-PSPIC	Subred Sur	
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."

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL REGISTRO SEGUIMIENTOS EN CAMPO 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 Helena Jiménez

ENTORNO/PROCESO/LINEA: Entorno Cuidador Laboral

PERIODO OBJETO DE SEGUIMIENTO Junio 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	16/06 2025	2:22 pm	26	La casa de la media	CL 54 SUR 14 A - 60	306025 1162	Efectiva	Si		
2	16/06 2025	3:47 pm	37	Snoopy-landia;	CL 54 25-04 Local 2	3060256754 3060256755	Efectiva	Si		
3										
4										
5										
6										
7										

FIRMA DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISION

(*) "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)"