ACTA DE SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

Tema: Seguimiento en campo a Entorno Cuidador Comunitario 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. 4174-2024 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	**Fecha del seguimiento:** 12 Agosto 2025 **Lugar:** Calle 73A Sur # 18B-12 **Hora Inicio:** 9:00 am **Hora Fin:** 10:30 am. **Responsable del seguimiento:** Johanna Lucia Balaguera Rojas

ENTORNO, TEMA TRANSVERSAL O PROCESO TRANSVERSAL:	Entorno Cuidador Comunitario.
NOMBRE DEL PRODUCTO:	Jornadas Más bienestar.
CODIGO DEL PRODUCTO - PPP	43
LINEA (VSA) / SUBSISTEMA (VSP):	No aplica.
LOCALIDAD	Ciudad Bolivar

1. ASPECTOS A VERIFICAR - SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

ACTIVIDAD / PROCEDIMIENTO / INTERVENCIÓN: Intervención Comunitaria de Enfoque Preventivo Para enfermedades crónicas no transmisibles "Cuidate se Feliz"

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 confirma que en la actividad de Cuidate se Feliz se cuentan los perfiles: 2 profesionales universitarios 2: 1 enfermera y 1 Fisioterapeuta, 1 técnico 1 ambiental, 1 técnico 1 auxiliar de enfermería con el lineamiento técnico

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			Se confirma que el equipo cuenta con elementos de identificación de la Subred Sur. (Carné y Chaqueta). Se identifica 1 perd de propsa una 2 que por ingreso nuevo no cuenta aun con chaqueta.
Utiliza los elementos de protección personal requeridos para la intervención.	X			Se confirma que cuentan con guantes de latex para toma de glucometria.
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 confirma que se cuenta con Ficho por registro en papel color Sí feliz, Sexua Colediuy Carnet, tarjet de condiciones crónicas., con diligenciamiento con letra clara y legible.
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 confirma que la actividad de identificación de riesgo cardiovascular se realiza con el talento humano, insumos y kreisos acorde a lo descrito en el lineamiento técnico para el producto. 43.

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			Se confirmo el desarrollo de la actividad para la población general para la identificación de riesgos en salud asociados a enfermedades crónicas no transmisibles a través de la aplicación de tamizajes. enfocando a los usuarios en la promoción de hábitos y estilos saludables.
Calidad de la actividad Cuenta con los insumos requeridos según el anexo 8 del convenio, para el desarrollo de la actividad	X			Se confirmo que la actividad cuenta con: Cepo, pendon, sillas, mesas, canecas, rotafolio, bascula, tallimetro, pulsometro, medidor alimentos, cinta metrica, guardian, pendon de indice de masa corporal, calendario, fichas, juego LUDOS, guantes, acorde para el desarrollo de la actividad.
Otros aspectos evidenciados (desglosarlos)	Se recomendo gestionar adquisicion de Chaqueta para la celebracion que presenta ingreso reciente.			

2. HALLAZGOS EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO:

No presenta hallazgos para el seguimiento realizado en campo.

3. PLANES DE MEJORA PARA FORTALECER EL PRODUCTO:

se genera plan de mejora SI____ NO X

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

4. FIRMA DE QUIENES PARTICIPARON EN EL SEGUIMIENTO:

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
1	VIVIANA PEDRAZA	ENFERMERA	SUBRED SUR	
2	Cindy Nayerly Huertas Medina	Fisioterapeuta	Subred Sur	Cindy Huertas
3	Jessica Paola Almanza	Tec Ambiental	SubRed Sur	Jess Almanza.
4	Yury Sineth Castro	Aux Enfermera	Subred Sur	Yury Castro
5	Mariana Centillo Florez	Prof de Apoyo	Subred Sur	Mariana C.
6	Johanna L Balaguera Rojas	Profesional Equipo Apoyo a la Supe.	Secretaria Distrital de Salud	
7	Clary S Lagueda Chapeta	Lider Equipo de Apoyo a la Supervi.	Secretaria Distrital de Salud	
8	Jeison Parra Tiana	Referente Entorno Calidad Comunitario	Subred. Sur	
9	Mabel Mora Chia	Apoyo Profesional administrativo GSP-PSPIC	Subred Sur	

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.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN Johanna Lucila Bolagueno Reyes

ENTORNO/PROCESO/LINEA: Entorno Cuidador Comunitario

PERIODO OBJETO DE SEGUIMIENTO Agosto 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	12. Agosto 2025	9:30 am	43. Jornadas móviles	JORGE ELIECER PEREZ	Calle 73 D Sur # 18 B-12	N/A	Efectivo	SI		
2										
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)"