ACTA DE SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

Tema: Seguimiento en campo a Entorno Cuidador Comunitario. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. CONVENIO No. 4175- 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. 4175 -2024 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	**Fecha del seguimiento:** 29. Julio. 2025 **Lugar:** Cra 97 b # 20c -37. **Hora Inicio:** 10:30 am. **Hora Fin:** 11:50 am **Responsable del seguimiento:** Johanna Lucila Balaguera Rojas.

ENTORNO, TEMA TRANSVERSAL O PROCESO TRANSVERSAL:	Entorno Cuidador Comunitario
NOMBRE DEL PRODUCTO:	SPACIOS de Bienestar.
CODIGO DEL PRODUCTO - PPP	47
LINEA (VSA) / SUBSISTEMA (VSP):	N/A.
LOCALIDAD	Fontibón.

1. ASPECTOS A VERIFICAR - SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

ACTIVIDAD / PROCEDIMIENTO / INTERVENCIÓN: Cierre - Implementación Jóvenes.

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 confirmo que el equipo está conformado por tres (3) perfiles de profesional Universitario 2: 1. psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajadora social. y 1 perfil de gestor comunitario, acorde a lo descrito para la actividad en el lineamiento técnico.

Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita	Cumple	No cumple	No Aplica	Observaciones
				Se confirma que todo el equipo cuenta con los elementos de identificación de la Subred Sur Occidente, (Chaqueta y carné).
La persona que realiza la intervención porta la chaqueta y carné de la subred.	X			
Utiliza los elementos de protección personal requeridos para la intervención.			N/A.	Para la intervención de la actividad de cierre no se requiere la utilización de insumos específicos de protección personal
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 la disponibilidad de la Ficha de Spacios de bienestar para diligenciamiento del postest (cierre), diligenciado del acta de cierre, 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			La actividad de cierre, se desarrolla acorde a lo definido en el lineamiento técnico para el producto No. 47, cumple con la disponibilidad del talento humano, insumos y se evidencia calidad en el cierre.

Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita	Cumple	No cumple	No Aplica	Observaciones
				Desde la interacción de los diferentes otros. (Psicología, trabajo Social. y terapia ocupacional,) se evidencia el cierre de las intervenciones breves que se llevan acabo con los jóvenes, identificando que la Población objeto acceden a las actividades propuesta.
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			
Calidad de la actividad Cuenta con los insumos requeridos según el anexo 8 del convenio, para el desarrollo de la actividad	X			Acorde al anexo No. 8 se evidencia que los actividades cuentan con los insumos requeridos por el convenio.
Otros aspectos evidenciados (desglosarlos)	No se evidencian aspectos relevantes.			

2. HALLAZGOS EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO:

Para el seguimiento realizado en campo no se generan hallazgos.

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	Yenin Zapata A.	Terapeuta ocupacional	Subred sur occidente	
2	Carolina Morilo	Psicologo	subred sur occidente	
3	Luis Quintero	Gestor C.	subredsuroccidente	
4	Laura Malaver	Trabajadora Social	Subred Sur occidente	
5	Katherin Lizarazo	Prof de apoyo	Subred Sur occidente	
6	Johanna L. Balogiera Rojas	Profesional Equipo de Apoyo a la Supv.	Secretaria Distrital de Salud.	
7	Clarys Logvedo Chopota	Lider Equipo Apoyo a la Supervisión	Secretaria Distrital de Salud.	
8	Maria Cristina Tiviño Díaz	Referente Entorno Cuidador Comunitario	Subred Sur Occidente	
9	Judy Marcela López Guerrero	Coordinadora GSP-PSPIC	Subred Sur Occidente.	P.P

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 Johanna Lucila Balaguero Rojas

ENTORNO/PROCESO/LINEA: Entorno Cuidador Comunitario.

PERIODO OBJETO DE SEGUIMIENTO Julio 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	29 Julio 2025	11:20 am	47. SPA Cios de Bienestar	JEFERSON	Cra 97b # 70c-37	N/A	Efectiva	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)"