| E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS | | |
|---|---|---|---|
| | REGIÓN DE SALUD BAJO MAGDALENA | | |
| | NOMBRE DEL DOCUMENTO | | |
| | FORMATO DE SEGUIMIENTO A PROFESIONALES DE LA SALUD | | |
| | DOCUMENTO | PROCESO | CÓDIGO Y VERSION |
| | FORMATO | APOYO | A-TH-FTO-004 V1<br>FECHA: 30/01/2026 |

Este formato tiene como finalidad realizar seguimiento al desempeño, cumplimiento contractual y atención brindada por los profesionales de la salud. No corresponde a un formato de evaluación.

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

| | |
|---|---|
| Empresa Social del Estado (ESE) | Hospital San José de Guaduas |
| Municipio | Chaguaní |
| Puesto / Centro de atención | Centro de Salud de Chaguaní |
| Nombre del profesional | Katherine Massiel Rodríguez |
| Profesión / Especialidad | Médico General |
| Tipo de contrato | Contrato Orden de Prestación de Servicios |
| Número de contrato | 015/2026 |
| Fecha acta de inicio | 01 de enero del 2026 |
| Plazo | Hasta el 30 de junio del 2026 |
| Periodo de seguimiento | Febrero del 2026 |
| Responsable del seguimiento | Marcela Castro Vivanco |
| Cargo | Subgerente Científica |

**2. CUMPLIMIENTO DE DISPONIBILIDADES Y ACTIVIDADES**

| Ítem | Cumple | No cumple | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Cumple el cuadro de actividades establecido según contrato | ☑ | ☐ | Cumple; en caso que se requiera cambio de turnos, se informa de manera oportuna y bajo autorización de la subgerencia científica. |
| Asiste puntualmente acorde a los cuadros de actividades propuesto | ☑ | ☐ | Dra Massiel asiste de manera puntual a las disponibilidades realizadas. |
| Permanece en el punto de atención durante todo el turno | ☑ | ☐ | Aunque los médicos tienen un área de descanso, se recuerda que en caso de que llegue un paciente, debe primar la atención. |
| El puesto o centro de salud permanece abierto en los horarios asignados | ☑ | ☐ | En los turnos de noche por seguridad el Centro de Salud se cierra, sin embargo está el médico de manera permanente y está disponible el timbre cuando el paciente llega. |
| Cuadro de turnos actualizado y validado | ☑ | ☐ | Se hizo el envío de las disponibilidades de manera oportuna y se validó por parte de la subgerencia científica. |
| Distribución equitativa de turnos entre médicos | ☑ | ☐ | Durante el mes de Febrero, dra Massiel realizó 224 horas. |

**3. CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL Y ADMINISTRATIVO**

| Ítem | Cumple | No cumple | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Contrato vigente | ☑ | ☐ | Se cuenta con contrato hasta el 30 de Junio conforme al convenio establecido con la Secretaria de Salud de Cundinamarca. |
| Acta de inicio debidamente suscrita | ☑ | ☐ | Se suscribió el acta con fecha del 01 de enero del 2026. |
| Fechas del contrato coherentes con la prestación del servicio | ☑ | ☐ | Se suscribió contrato desde el día 01 de Enero del 2026. |
| Novedades contractuales informadas a la Secretaría de Salud | ☑ | ☐ | No se han presentado novedades contractuales durante el mes en curs |

**4. DESEMPEÑO Y ATENCIÓN AL USUARIO (HUMANIZACIÓN)**

| Ítem | Cumple | No cumple | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Trato respetuoso y humanizado al usuario | ☑ | ☐ | |
| Comunicación clara con el paciente | ☑ | ☐ | |
| Cumplimiento de protocolos de atención | ☑ | ☐ | Se hará seguimiento al cumplimiento de agendas en horas de la noche, ya que se tiene el compromiso con el municipio de mantener agendas abiertas después de las 19:00. |
| Manejo adecuado de situaciones difíciles | ☑ | ☐ | Dra Massiel informa de manera oportuna cuando se ha presentado casos concretos que requieren intervención. |
| Se han recibido quejas relacionadas con el profesional | ☑ | ☐ | Durante el mes de febrero, no se recibieron PQRS de la dra Massiel. |

**5. PLAN DE MEJORA (SI APLICA)**

| Aspecto a mejorar | Acción definida | Responsable | Fecha compromiso | Estado |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| 6. CONCEPTO GENERAL DEL SEGUIMIENTO | | OBSERVACION GENERAL |
|---|---|---|
| Adecuado | ☑ | En general la dra ha cumplido a lo requerido en su contrato y conforme a los lineamientos del programa Médico a Tu territorio. |
| Requiere Ajustes | ☐ | |
| Requiere seguimiento continuo | ☐ | |

**7. FIRMAS**

| | |
|---|---|
| Nombre y firma del responsable: Marcela Patricia Castro Vivanco | |
| Cargo: | Subgerente Científica - Supervisora Contractual |
| Fecha: | 28 de febrero del 2026. |