| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL<br>FORMATO INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN COMPONENTE | Código: FOR-PSS-220<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2021017585 - 15/06/2021<br>Página: 1 de 3 |
|---|---|---|

**COMPONENTE: SALUD**

| **1. DATOS GENERALES DEL CONVENIO DE ASOCIACIÓN O CONTRATO A SUPERVISAR** | | | |
|---|---|---|---|
| **Convenio de Asociación / Contrato No.** | **7462** | **DEL** | **2021** |
| **Nombre del Asociado / Contratista** | **HOGARES SI A LA VIDA** | | |
| **Nombre del Servicio** | **COMUNIDAD DE CUIDADO** | | |
| **Nombre de la Unidad Operativa** | **GRATITUD** | | |
| **Dirección de la Unidad Operativa** | **CALLE 121# 52-45 BARRIO EL BATAN** | | |
| **Teléfono de la Unidad Operativa** | 6179426- 31144418871 | | |
| **Correo Electrónico de la Unidad Operativa** | comunidadcuidadogratitud7462@gmail.com | | |
| **1.1 DATOS DE LA PERSONA DELEGADA POR EL ASOCIADO-OPERADOR PARA ATENDER LA VISITA** | | | |
| **Nombre de la persona que atendió la visita** | NIDIA USME SABOGAL | | |
| **Cargo** | ENFERMERA PROFESIONAL | | |
| **Celular** | 3115919580 | | |
| **1.2 DATOS DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION QUE REALIZA LA VISITA POR PARTE DE LA SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL** | | | |
| **Nombre del profesional de apoyo a la supervisión.** | FREDY ALEJANDRO RINCON ORTIZ | | |
| **Celular** | 3193117784 | | |
| **Correo Electrónico** | frincono@sdis.gov.co | | |
| **1.3 DATOS GENERALES DE LA VISITA** | | | |
| **Fecha de la Visita:** | **27 DE OCTUBRE DEL 2021** | | |
| **Cobertura contratada para la Unidad operativa:** | 50 PERSONAS MAYORES SEVEROS | **Cobertura - asistencia evidenciada durante la visita:** | 48 EN EL CENTRO, 2 HOSPITALIZADO, 3 AISLAMIENTO. |
| **Hora de inicio:** | 9:30 a. m. | **Hora final:** | 15:00 p. m. |

**Observaciones:**

El día 27 de octubre del 2021 siendo las 9:30 a.m., se realiza visita de manera presencial por el profesional de apoyo a la supervisión Fredy Alejandro Rincón Ortiz.
Evidencio al ingreso que el guarda de seguridad no portaba sus elementos de bioseguridad completos, posteriormente se verifica el protocolo para la Mitigación del COVD- 19, el cual se lleva a cabo según lo descrito en él, nos dirigimos al área administrativa, para realizar la presentación del equipo que va a realizar la visita de supervisión del día la coordinadora Disleyla Diaz Cadena y nos asignan la profesional de enfermería Nidia Usme, para realizar el recorrido.
Se inicia el recorrido por el cuarto piso donde se verifica el estado de los cuartos donde duermen las personas mayores se verifica que las camas cuenten con su lencería completa y que estén en condiciones óptimas de uso y de limpieza para prestar el servicio, se verifica los armarios de las personas mayores y se evidencia las prendas de vestir nuevas debidamente marcada con los datos de la persona mayor a la que corresponda sin embargo es de aclarar que la ropa que ya está con sus rótulos ilegible por lo cual se les recomienda reforzar esa actividad de remarcar la ropa para evitar que crucen las prendas de vestir de las personas mayores, se verifica que las mesas de noche aunque los profesionales todo los miércoles están haciendo la revisión no está siendo efectiva ya que encontramos pilas en desuso mezcladas con comida y con los cepillos de dientes, en la mesa de la persona mayor Víctor Manuel se encontró dos botellas de gaseosa uno con jugo de fresa en descomposición y una de coca cola con presencia de hongos, nos dirigimos a la zona de lavandería donde se encuentra ordenada con los protocolos publicados y aplicándolos sin novedades en el piso terceros se evidencia igual ropa con rótulos borrosos y se evidencio los concentradores de oxigeno de la personas mayores sin rotular con los humificadores sin cambiar desde hacer más de 3 meses superando su tiempo por protocolo de manejo de terapia respiratorita, se evidencio la caneca del tercer piso de desechos de pañales con residuos de basura mezclara realizando un uso inadecuado de la caneca para la que esta designada, se verifica el segundo piso donde tiene la zona de aislamiento por la cantidad de persona no se podía usar la que esta ofertada, se verifica que la zona que este delimitada para evitar la circulación de las personas mayores y se evidencio los elementos de protección para el ingreso sin embargo las tres personas que están no presentan ningún tipo de síntoma, se baja al primer piso donde están las personas mayores reunidas se le hace una explicación a petición del equipo profesional y de la coordinadora de uso adecuado de las mesas de noche, que no pueden tener más de 5 pintas de ropa completa y otros tema, pasamos al área de servicio primarios y evidenciamos que los medicamentos no cuentan con su debida rotulación, se verifica el botiquín tipo B está completo, cuenta con los elementos para prestar el servicio sin embargo la separación de residuos no se está realizando adecuadamente ya que los auxiliares de enfermería no usan las canecas para lo que están rotuladas se recomienda reforzar separación y uso adecuado de los residuos hospitalarios, se baja al sótano donde está la regencia de farmacia y se verifica que ya tienen la puesta que las personas mayores ya cuentan con sus medicamentos debidamente organizados por cada uno al que pertenezca y se ve el cambio en los tratamientos farmacológicos.
De igual forma, el personal del día realizaba turno de 6 horas con los auxiliares que solicita el anexo técnico, los cuales fueron distribuidos de la siguiente forma: 1 en trámites de salud (acompañamiento a citas médicas, solicitud de medicamentos autorizaciones etc.), uno estaba encargado de la administración de medicamentos a las personas mayores y los restantes a cargo del servicio en general (realizando actividades de cuidado de las personas mayores, cambio de pañal, baño, etc.,

FECHA DE LA VISITA:___21 DE OCTUBRE DEL 2021_____ CONVENIO No:____7462_____ DEL___2021_____

COMPONENTE: **SALUD**

| No. OBLIGACIÓN | ASPECTO DE VERIFICACIÓN | DEFICIENTE | A MEJORAR | SATISFACTORIO | SOBRESALIENTE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO** | | | | | | |
| 3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.<br>3.1.2.1 Componente Atención Integral para el Desarrollo Humano.<br>2. Formular y ejecutar el Plan de Atención Integral Individual –PAIIN- de cada persona mayor vinculada al Servicio, así mismo el monitoreo, en los tiempos establecidos y con las orientaciones descritas en el anexo técnico. | Anexo Técnico. 2.1. Componente Atención Integral para el Desarrollo Humano. 2.1.2 Atención Integral Individual: Definido como una herramienta de Planeación interdisciplinaria que da cuenta de las acciones propuestas para la persona mayor en el ámbito personal y que incorpore familia en el caso de requerirse, que promueva el reconocimiento individual de las habilidades, capacidad, potencialidades de las personas mayores. | | | X | | | La enfermera del Centro de comunidad de cuidado informó de manera verbal que se tiene programado en el mes de octubre realizar:<br>Seguimientos: 48<br>monitoreos: 02<br>conociendo: 02<br>planeando: 02<br>estudio de caso: 02<br>PAIIN nuevos: 02 |
| | Realizar todas las acciones pertinentes para garantizar el acceso a la atención oportuna en salud de las personas mayores de acuerdo a su afiliación (vinculación en el ente territorial que corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente, solicitud de citas médicas, citas con especialistas, adquisición de medicamentos, obtención de autorizaciones para procedimientos y/o tratamientos y demás procedimientos que requiera la población). | | | X | | | La enfermera del Centro de Cuidado manifiesta las diferentes valoraciones y citas médicas a las que han asistido las personas mayores hasta el momento de la visita son: médico general 43, laboratorios 15, medico vascular 1, cirugía de cataratas 1. |
| | Coordinar los tramites de salud de las personas mayores ante la red Pública y las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud). Tener al día las novedades generadas por el servicio, con el fin de garantizar la atención oportuna de todas las personas mayores. | | | X | | | Los enfermeros informan la siguiente relación de afiliaciones de las personas mayores al sistema de salud: capital salud 26 , convida 22, famisanar 1, ecopsos 1. |
| | ***REGISTROS DE CUIDADES DIARIOS*** | | | | | | |
| | 1. Se verifica que cada folio tiene los nombres y apellidos de la persona mayor a quien pertenece el registro, tipo de documento, número y nombre de la unidad operativa a la que pertenece. | | X | | | | Se evidencian registros de notas de enfermería con nombres, apellidos y datos solicitados en el encabezado de cada una de la persona mayores a la que corresponde sin embargo no se evidencia que marquen la casilla de la cedula de ciudadania de la persona mayor: Jairo Alonzo. |
| | 2. Se verifica que los registros se consignan correctamente y en forma completa para cada una de las actividades ejecutadas cronológicamente. | | X | | | | se evidencio espacios en blando en las notas de enfermería sin justificación. |
| | 3. Se verifica que los registros se consignan con letra clara y legible. | | | X | | | Se evidencian registros de notas de enfermería con letra clara y legible. |
| | 4. Se verifica que no se realicen abreviaturas, siglas, tachones, borrones, enmendaduras. | | X | | | | Se evidencia registros de notas de enfermería con tachones y borrones en las fechas como es la nota del señor Jairo Alonso, José Cabal. |
| | 5. Se verifica que en cada registro conste el nombre de la persona que realiza la acción, identificándose al final con su nombre completo y documento de identidad. | | X | | | | se evidencio notas de enfermería sin firmar: Emiliana López Alarcón, Ana Tulia Salazar, |
| | ***ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS*** | | | | | | |
| | 1. Se verifica que cada folio tiene los nombres y apellidos de la persona mayor a quien pertenece el registro, tipo de documento, número y nombre de la unidad operativa a la que pertenece. | | | X | | | Se evidencian registros de medicamentos con nombres, apellidos y datos solicitados en el encabezado, de las notas de enfermería de cada una de la persona mayores a la que corresponde. |
| | 2. Se verifica que los registros se consignan en forma completa teniendo encuentra las especificaciones del formato. | | X | | | | Se evidencia que el registro de medicamentos no se está realizando a diario, que la apertura de los medicamentos no se hizo acorde al Kardes que el horario no se está cumpliendo. |
| | 3. Se verifica que los registros se consignan con letra clara y legible. | | | X | | | Se evidencian registros de medicamentos con letra clara y legible. |
| | 4. Se verifica que no se realicen tachones, borrones, enmendaduras. | | X | | | | Se verifica formatos con tachones en las horas de administrar los medicamentos y firmas con letra ilegible. |
| | 5. Se verifica que cada registro por la persona que realiza la acción, identificándose al final con su nombre completo y documento de identidad. | | X | | | | se verifico días sin firma de los auxiliares que administran los medicamentos. |
| | ***CONSTANTES VITALES*** | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.2. OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.<br>3.1.2.1. Componente Atención Integral para el Desarrollo Humano.<br>9. Implementar todas las acciones descritas en el anexo técnico que garanticen la atención en salud para las personas mayores. | Anexo Técnico. 2.1. COMPONENTE ATENCION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO.<br>Cuidados en Salud.<br>Tabla 6. Actividades a ejecutar con las personas mayores. | 1. Se verifica que cada folio tiene los nombres y apellidos de la persona mayor a quien pertenece el registro, tipo de documento, numero y nombre de la unidad operativa a la que pertenece. | | | X | | | Se evidencian registros de signos vitales con nombres, apellidos y datos solicitados en el encabezado de cada una de la persona mayores a la que corresponde. |
| | | 2. Se verifica que los registros se consignan correctamente y en forma completa. | | | X | | | Se evidencian registros de signos vitales a diario de cada una de las personas mayores. |
| | | 3. Se verifica que los registros se consignan con letra clara y legible. | | | X | | | Se evidencian registros de signos vitales con letra clara y legible. |
| | | 4. Se verifica que no se realicen tachones, borrones, enmendaduras. | | | X | | | Se evidencian registros sin abreviaturas, siglas, tachones, borrones ni enmendaduras. |
| | | 5. Se verifica que en cada registro conste el nombre de la persona que realiza la acción, identificándose al final con su nombre completo y documento de identidad. | | | X | | | Se evidencia el registro de medicamentos una vez realizada la accion. |
| | | ***PERFIL EPIDEMIOLOGICO*** | | | | | | |
| | | El asociado atraves del profesional de enfermería será el responsable de actualizar mensualmente el perfil epidemiológico en el formato Registro de Morbilidad, Accidentalidad y Mortalidad de Personas Mayores. | | | X | | | La unidad operativa cuenta con el perfil epidemiológico para el mes de octubre cumpliendo con la solicitud del anexo técnico. |
| | | ***CAPACITACIÓN EN BUENAS PRÁCTICAS DE CUIDADO*** | | | | | | |
| | | Realizar jornadas educativas para el fortalecimiento de Buenas prácticas de cuidado y de vida saludable de acuerdo a las necesidades y características de la población con una frecuencia de una vez al mes teniendo en cuenta las siguientes condiciones: Evaluar e Identificar las necesidades de la población a capacitar, y de acuerdo a estas necesidades establecer los temas de capacitación. Esta debe ser de acuerdo a la población a la que va dirigida la capacitación y definir recursos, tiempo y evaluación final. Lo cual debe estar soportada con acta, listado de asistencia y registro fotográfico. | | | X | | | se realizó capacitaciones a los auxiliares de enfermería los días 20 22 y 26 de octubre sobre uso de guardianes. |
| | | ***REGISTROS POR PARTE DE REGENTE DE FARMACIA*** | | | | | | |
| | | Se realizará el registro de ingreso de medicamentos a la farmacia de la unidad operativa; en el Formato Ingreso de Medicamentos Masivo. Formato de Ingreso de Medicamentos, se realizará registro de uno de los dos formatos según sea la forma de entrega de medicamentos por parte de la farmacia de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud). | | X | | | | se evidencio que el regente de farmacia realiza el ingreso de medicamentos en el formato de el, sin seguir el formato indicado en el anexo técnico. |
| | | Aplicar procedimientos técnicos para el almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos. | | | X | | | Se evidencian medicamentos en el estar de recepcion de medicamentos en recipiente plástico con el nombre de la persona mayor a la que corresponde. |
| | | Evidenciar que los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamento, dispositivo medico de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento al igual que las fechas de vencimiento. | | | X | | | Se evidenció que cuenta con nevera para los medicamentos y termómetro de temperatura, cuenta con registro de temperatura al día. |
| 3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.<br>3.1.2.1 Componente Atención Integral para el Desarrollo Humano<br>10. Presentar durante el primer mes de ejecución del convenio el plan de cuidado y el respectivo seguimiento de cada persona mayor, el cual estará liderado por el área de enfermería. | | ***PLAN DE CUIDADOS*** | | | | | | |
| | | Realizará el Plan de Cuidado de manera descriptiva el cual debe tener el diagnóstico de enfermería relacionado y evidenciado, objetivos e intervenciones. | | | | | X | Se evidenció que cada una de las personas mayores cuenta con un plan de cuidado de enfermeria. |
| | | Durante el desarrollo del convenio se realizarán seguimientos trimestrales de los avances con base en el Plan de Cuidados de cada persona mayor. | | | | | X | no aplica para este periodo |
| | | Si la persona mayor lleva más de tres años participando en el servicio Comunidad de Cuidado, se deberá actualizar el plan de cuidados en el formato de seguimiento, de ser necesario se deberá elaborar un plan nuevo. | | | | | X | No se evidenció en la unidad operativa persona mayores que requieran el cambio de el plan de cuidado. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Realizar actividades de cuidado que aporten a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, promoviendo el auto cuidado y el mantenimiento de los patrones funcionales, según las recomendaciones establecidas en el plan de cuidado de enfermería; respetando las condiciones, situaciones, gustos e intereses particulares de cada participante del servicio. | | | X | | | Se evidenció que se están realizando las actividades para garantizar el cuidado de las personas mayores como lo es toma de signos vitales, administración de medicamentos, asistencia al comedor, Corte de uñas, asistencia en el baño. |
| | ***NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN*** | | | | | | | |
| 3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.<br>3.1.2.2 Componente Nutrición y Salubridad<br>3. Elaborar, preparar y suministrar las modificaciones alimentarias requeridas por las personas mayores, conforme a las especificaciones descritas en el anexo técnico "Suministro alimentario que contempla modificaciones de alimentos o de preparaciones". | Anexo Técnico. 1. COMPONENTE NUTRICION Y SALUBRIDAD. 1.1.9.Seguimiento al Componente alimentario.<br>Listado de modificaciones alimentarias por participante, determinadas por el profesional nutricionista dietista para cada una de las personas mayores. | | | | X | | | Se evidencia que se cuenta con el Manual Institucional de Dietas terapéuticas y que se encuentran implementadas las dietas para cada una de las personas mayores, socializadas con el personal respectivo. |
| | ***AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS*** | | | | | | | |
| **3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.<br>3.1.2.3 Componente Ambientes Adecuados y Seguros.<br>5. Suministrar a todos los beneficiarios, los elementos de aseo personal, absorbentes y elementos de<br>salud con las características y periodicidad establecidas en el anexo técnico.** | Anexo Técnico 1.5 Subcomponente Dotación.<br>1.5.3. Dotación elementos de aseo personal.<br>Tabla 19. Relación de elementos de aseo personal. | Suministrar los elementos de aseo personal a todos los beneficiarios, con las características<br>y periodicidad establecidas en el anexo técnico.<br>El asociado debe marcar con nombre y apellido los elementos de aseo personal de cada persona mayor. | | | *X* | | | se realizara la entrega del kit de aseo el 6 de octubre del 2021 dando los cumplimientos al anexo tecnico. |
| **3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.<br>3.1.2.3 Componente Ambientes Adecuados y Seguros.<br>6. Disponer en cada unidad operativa, de un Botiquín tipo B de fácil traslado, teniendo en cuenta lo<br>establecido en la Resolución 705 de 2007 de la Secretaría Distrital de Salud o norma que la derogue<br>o modifique.** | Anexo Técnico 1.5 Subcomponente Dotación<br>1.5.5. Dotación elementos de salud.<br>Tabla 21. Relación de elementos Botiquín tipo B. | Garantizar durante la ejecución del convenio Un (1) Botiquín Tipo B de fácil traslado, teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 705 de 2007 de la Secretaria Distrital de Salud. | | | *X* | | | Se evidenció que el asociado cuenta con Botiquín tipo B como lo indica la Resolución 705 del 2007. ver tabla 21 |
| **3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.<br>3.1.2.3 Componente Ambientes Adecuados y Seguros.<br>14. Garantizar la Dotación de elementos para la Emergencia COVID-19 y los espacios de aislamientos adecuados y necesarios para atender las necesidades generadas dentro de la emergencia por<br>COVID-19.** | Anexo Técnico 1.5 Subcomponente Dotación.<br>1.5.6. Dotación elementos Emergencia Covid - 19.<br>Tabla 23. Relación de elementos emergencia Covid -19. | Durante la emergencia por COVID - 19 el asociado debe disponer de los elementos de la Tabla 23, para la prestación del servicio a las personas mayores en la unidad operativa. | | | X | | | La unidad operativa cuenta con los elementos para el manejo de la pandemia COVID-19 entregando y garantizando los elementos requerido en la tabla 23 para el mes de octubre. |
| **3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.<br>3.1.2.3 Componente Ambientes Adecuados y Seguros.<br>11. Presentar durante el primer mes de ejecución del convenio el Plan de Emergencias y Contingencias<br>de conformidad con lo establecido en el anexo técnico y garantizar su implementación durante la<br>ejecución del convenio.** | Anexo Técnico<br>1.6. Subcomponente Seguridad.<br>1.6.1. Plan de Emergencias y Contingencias PEC. | Contar con un Plan de Emergencias y Contingencias PEC Tomando como referencia la Guía para elaborar Planes de Emergencia y Contingencia de la SDIS, en el formato **FOR-TH-030**. | | | X | | | La unidad operativa cuenta con el plan de emergencia y contingencia en magnético socializado con el talento humano el día 05 de octubre del 2021.. |
| | | Actas y listados de asistencia de divulgación al personal, participantes y visitas sobre las rutas de evacuación y señales de alarma. | | | *X* | | | se realizo el dia 05 de octubre la socializacion y capacitacion del (P E C) |
| | | Brigadistas fácilmente identificables y en cantidad suficiente de acuerdo con la capacidad de la unidad operativa. | | | X | | | Se realizo la presentacion del equipo de brigadista el 05 de octubre del 2021. |
| | | Realizar simulacros de evacuación de manera periódica de acuerdo con el plan de emergencias. | | | X | | | Se realizo el simulacro el dia 7 de octubre del 2021. |
| | | Sistema de alarma sonora y visual, verificado a través de simulacros. | | | X | | | si cuenta con un sistema de alarma |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.**<br>**3.1.2.3 Componente Ambientes Adecuados y Seguros.**<br>**12. Contar con el concepto técnico de Bomberos favorable de la autoridad Distrital o Municipal correspondiente de conformidad con lo establecido en el anexo técnico.** | Anexo Técnico<br>1.6. Subcomponente Seguridad.<br>1.6.2. Concepto Técnico de Bomberos. | Contar con Concepto Técnico de Bomberos expedido dentro de los (2) dos meses siguientes a la suscripción del acta de inicio. | | | X | | | se realizó el pago al cuerpo de bombero de Bogotá el día 2 de septiembre para la visita de acreditación. Están a la espera de la visita.a |
| **3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.**<br>**3.1.2.3 Componente Ambientes Adecuados y Seguros.**<br>**13. Contar y ejecutar los protocolos de seguridad establecidos en el anexo técnico.** | Anexo Técnico<br>1.6. Subcomponente Seguridad.<br>1.6.3. Protocolos y registros de seguridad. | El asociado debe elaborar, implementar y socializar los protocolos de seguridad (Actividades cotidianas, Casos fortuitos, Evidencia y sospecha, Prevención de Accidentes en la institución). | | | X | | | la unidad operativa cuenta con los protocolos de seguridad en fisico (Actividades cotidianas, Casos fortuitos, Evidencia y sospecha, Prevención de Accidentes en la institución) |
| | | El asociado debe elaborar e implementar los registros de seguridad (Control de Ingreso y Salida de personal ajeno, Control de inventarios de reposición de los elementos de Botiquín tipo B, Libro de Novedades, Directorio de Emergencias). | | | X | | | se evidenció en la unidad operativa el libro de novedades de ingresos, las actas de reposición de insumos del botiquín y el directorio de emergencia. |
| | ***GESTIÓN AMBIENTAL*** | | | | | | | |
| **3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.**<br>**3.1.2.4 Gestión Ambiental**<br>**2. Diseñar y garantizar la implementación de los documentos de Plan de Saneamiento Básico- PSB,**<br>**Plan Institucional de Gestión ambiental – PIGA y Plan de Gestión Ambiental e Residuos Hospitalarios**<br>**y Similares en cada Centro, de conformidad con lo establecido en el anexo técnico.** | Anexo Técnico 1.4. Subcomponente Gestión Ambiental .<br>1.4.1. Residuos Solidos. Tabla 12. Periodos, descripción y ubicación para el envió de soportes del PGIRH. | | | | X | | | Se tiene contratado con la empresa proyectos ECOCAPITAL .para la recolección de residuos hospitalarios, similares y blíster. El cual realizo la recoleccion el dia 01 de octubre del 2021 # 377184 . |
| | ***GESTIÓN ADMINISTRATIVA*** | | | | | | | |
| **3.1.2 OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO.**<br>**3.1.2.4 Componente Gestión Administrativa** | Anexo Técnico 2.4.5. Talento Humano.<br>B. Gestión del Talento Humano. El asociado debe garantizar desde el inicio de ejecución del convenio la totalidad del talento humano.<br>**Modalidad Moderada** Tabla. 8 Relación de Talento Humano mínimo requerido para la atención del 100 cupos. | | | | X | | | la unidad operativa cuenta con el talento humano según la tabla Relación de Talento Humano mínimo requerido para la atención de 50 Cupos. |
| | Realizar el cuadro de turnos de los auxiliares de enfermería, garantizando la atención permanente de esta área y resolver las novedades que se presenten referentes al tema. En todo caso será responsable de garantizar el numero de personas mínimo en cada turno y organizar cuadros de rotación del personal auxiliar mes por mes, teniendo en cuenta las orientaciones realizadas en el presente anexo técnico. | | | | *X* | | | Se evidencio el cuadro de distribucion de los auxiliares de enfermeria para gaantizar la prestacion del servicio del mes de octubre. |
| | Supervisar la práctica de procesos y procedimientos realizados por los auxiliares de enfermería para la atención de las personas mayores. | | | | *X* | | | Se realiza supervisión de las actividades realizadas por los auxiliares de enfermería por parte de los profesionales de la unidad operativa. |
| | Realizar seguimiento a la entrega de turno. | | | | *X* | | | Se evidenció que llevan un cuaderno de folios donde plasman todas las novedades que se presenta en cada uno de los turnos. |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL<br>FORMATO INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN COMPONENTE | Código: FOR-PSS-220<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2021017585 - 15/06/2021<br>Página: 3 de 3 |
|---|---|---|

FECHA DE LA VISITA:___21 DE OCTUBRE DEL 2021_____ CONVENIO No:____7462_____ DEL___2021_____

COMPONENTE: **SALUD**

**Concepto cumplimiento de obligaciones verificadas en las visita**

Durante la visita de supervisión se ha identificado conforme a lo relacionado en el cuerpo de la presente acta, que el asociado cumple parcialmente en los procesos, formatos y lineamientos establecidos en el clausulado y anexo técnico componente de Salud.

**Observaciones y recomendaciones del apoyo a la supervisión que realiza la visita:**

Replantear la forma de revisión de las mesas de noches.
Tener el carro las 24 horas
Darles uso adecuado a los guardianes de desechos.
Rotular lápices de insulina, frascos e insumos de consumo con: nombre completo, fecha de apertura, dosis, hora, fecha de vencimiento.

**Aspectos de verificación que no aplican en el periodo**

| Obligación | Aspecto a verificar | Observaciones | Fecha en que se verifica |
|---|---|---|---|
| 3.1.2 OBLIGACIONES DE CARACTER TÉCNICO. | | | |
| 3.1.2.1 Componente Atención Integral para el Desarrollo Humano<br>10. Presentar durante el primer mes de ejecución del convenio el plan de cuidado y el respectivo seguimiento de cada persona | Si la persona mayor lleva más de tres años participando en el servicio Comunidad de Cuidado, se deberá actualizar el plan de cuidados en el formato de seguimiento, de ser necesario se deberá elaborar un plan nuevo. | | 20/10/2021 |
| | | | |

**Acciones de mejora a implementar como resultado de la visita**

| Acciones a implementar: | Plazo: |
|---|---|
| realizar las acciones correctivas en todo lo que quedo a mejorar en el cuerpo del acta | 31-oct-21 |

Observaciones de quien recibe la visita:

| | |
|---|---|
| Firma de quien recibe la visita | Nidia Usme<br>SIGNED VIA ILOVEPDF<br>70709060-C4CB-431D-9DF7-4E200D2A6570 |
| Nombres y Apellidos | NIDIA USME SABOGAL |
| Cargo | ENFERMERA PROFESIONAL |
| Fecha de la visita | 27 DE OCTUBRE DEL 2021 |
| Hora inicio de la visita | 9:30 a. m. |
| Hora finalización de la visita | 15:00 p. m. |

Firma de los profesionales de apoyo a la supervisión:

Fredy Rincon
SIGNED VIA ILOVEPDF
21655A84-3204-4AEF-B4B9-4AF67B51F8B1

| | |
|---|---|
| Firma | |
| Nombres y Apellidos | FREDY ALEJANDRO RINCON ORTIZ |
| Cargo | ENFERMERO APOYO A LA SUPERVISIÓN |