| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO AL CUAL SE LE HARÁ SEGUIMIENTO | |
|---|---|
| **NÚMERO DEL CONTRATO / CONVENIO Y AÑO** | 8211 - 2025 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA O ASOCIADO** | FUNDACIÓN MARTHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑANA - FMCH |
| **OBJETO CONTRACTUAL** | Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para la prestación de servicios sociales de Centros Integrarte Atención Externa a personas que se encuentren en edades entre los 18 años y hasta los 59 años 11 meses de edad con discapacidad intelectual o múltiple asociada a intelectual que requieran de apoyos intermitentes limitados extensos o generalizados que habiten en la ciudad de Bogotá D.C. |
| **NOMBRE DE LA SEDE / UNIDAD OPERATIVA** | CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN EXTERNA GRUPO 9 |
| **DIRECCION Y TELEFONO DE LA SEDE / UNIDAD OPERATIVA** | KR 111 BIS 136A - 12 |
| **CORREO ELECTRONICO DE LA SEDE / UNIDAD OPERATIVA** | ciae8211grupo9suba@gmail.com |
| **2. DATOS DE LA PERSONA DELEGADA POR EL CONTRATISTA PARA ATENDER LA VISITA** | |
| **NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATENDIO LA VISITA POR PARTE DEL CONTRATISTA O ASOCIADO** | **YUDY LILIANA PEREZ MACIAS** |
| **CARGO** | **COORDINADORA** |
| **No DE CELULAR** | **3045734798** |
| **3. DATOS DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION QUE REALIZA LA VISITA** | |
| **NOMBRE DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION – TECNICO** | **JHONATAN NICK RODRIGUEZ PINZON** |
| **No DE CELULAR** | **3202703070** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CORREO ELECTRONICO** | **jnrodriguezp@sdis.gov.co** | | |
| **4. DATOS GENERALES DE LA VISITA** | | | |
| **FECHA DE LA VISITA** | 08/09/2025 | **HORA DE INICIO DE LA VISITA:** 10:00 am | **HORA FINAL DE LA VISITA:** 13:35 pm |
| **COBERTURA CONTRATADA PARA EL CENTRO** | 50 | **ASISTENCIA EVIDENCIADA DURANTE LA VISITA** | 42 participantes |

**OBSERVACIONES DEL RECORRIDO POR EL CENTRO:**

Se realiza seguimiento a las obligaciones contractuales del componente salud; mediante visita atendida por talento humano del CIAE, quien suministra información y presentan soportes correspondientes.

.

1. **ASISTENCIA PARTICIPANTES: 42**
2. **PARTICIPANTES EN ATENCIÓN: 49**
3. **CUPOS DISPONIBLES: 1**
4. **INASISTENCIAS: 6**

| | NOMBRE | NOVEDAD |
|---|---|---|
| 1. | Jeimer Sierra | Cita médica pendiente ingreso |
| 2. | Nicolas Bedoya | Incapacidad Medica – Pendiente retorno a atención presencial |
| 3. | Jose Soriano | Cita médica pendiente ingreso |
| 4. | Laura Valentina Espitia | Enfermedad general – cuidados en casa |
| 5. | Keir Villero | Cita médica pendiente ingreso |
| 6. | Holman Parra | Viaje familiar |
| 7. | Estefanía Robayo | Enfermedad general – cuidados en casa |

8. **SUSPENDIDOS: 1**

| | NOMBRE | NOVEDAD |
|---|---|---|
| 1. | Diana Paola Contreras | Suspendida desde el dia 15 de Agosto; Secundario a cambio de la localidad por parte de sus referentes familiares, Esta pendiente asignación de un cupo por parte de la SDIS. |

9. **HOSPITALIZADO:** 0

| | NOMBRE | NOVEDAD |
|---|---|---|
| 1. | No aplica | |

10. **FALLECIMIENTOS**: 0

| | NOMBRE | NOVEDAD |
|---|---|---|
| 1. | No aplica | |

**11. VERIFICACION ASISTENCIA TALENTO HUMANO:**

| Cargo | Cantidad Solicitada | Cantidad Verificada | Nombre | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Coordinador-a de Centro | 1 | 1 | Yudy Liliana Pérez Macías | Atiende la Visita |
| Psicóloga-o | 1 | 1 | Clara Consuelo Herrera Gómez | Trabajo Población |
| Trabajadora Social | 1 | 1 | Angie Paola Segura Camargo | Trabajo Población |
| Fonoaudióloga | 1 | 1 | Leidy Carolina Velásquez | Trabajo Población |
| Terapeuta Ocupacional | 1 | 1 | Marcela Eugenia Pinto | Trabajo Población |
| Terapeuta Físico-a | 1 | 1 | Paula Julieth Jimenes Forero | Trabajo Población |
| Educador-a Físico-a | 1 | 1 | Fabian Camilo Ortega Melo | Trabajo Administrativo |
| Profesional de Enfermería | 1 | 1 | Juli Andrea Rodríguez | Atiende la visita |
| Auxiliar de Enfermería | 5 | 5 | Lorena Arciniegas | Trabajo Población |
| Auxiliar de Enfermería | | | Jhon Arley Ramírez | Trabajo Población |
| Auxiliar de Enfermería | | | Kevin Medina | Trabajo Población |
| Auxiliar de Enfermería | | | Michael David Chacón Quevedo | No presente durante la visita |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | | | Doris Bautista Silva | Trabajo Población |
| Nutricionista | 1 | 1 | Kimberly Katherin Ortega Rojas | Acompañamiento durante la realización preparación, alistamiento servido de alimentos. Posterior a ello realizan limpieza y desinfección al área de cocina |
| Tecnóloga-o en Alimentos o gastrônoma- o | 1 | 1 | Cindy Lopera | Acompañamiento durante la realización preparación, alistamiento servido de alimentos. Posterior a ello realizan limpieza y desinfección al área de cocina |
| Manipulador de alimentos | 2 | 2 | Ana Elizabeth Molina | Realización preparación, alistamiento servido de alimentos. Posterior a ello realizan limpieza y desinfección al área de cocina |
| Manipulador de alimentos | | | Andrea Álvarez | Realización preparación, alistamiento servido de alimentos. Posterior a ello realizan limpieza y desinfección al área de cocina |
| Talleristas | 1 | 1 | Juan Carlos Suarez Vanegas | Trabajo Población |
| Designado documental | 1 | 1 | Yurani Carolina Martínez | Trabajo Administrativo |
| Técnico Ambiental | 1 | 1 | Valentina Acosta Marentes | Trabajo Administrativo |
| Servicios generales | 2 | 2 | Sonia Del Pilar Galindo Torres | Limpieza y mantenimiento de la planta física y diferentes espacios del CIAE |
| Servicios generales | | | Julián Alexander Pedreros Rubiano | Limpieza y mantenimiento de la planta física y diferentes espacios del CIAE |

**Observaciones luego de la verificación del Talento Humano del CIAE:** Durante la verificación del talento humano se observa la totalidad de profesionales y técnicos contratados por parte del CIAE. Se evidencia ausencia de un perfil en auxiliar en enfermería reporta la coordinadora secundario a enfermedad general.

**12. VERIFICACION CICLO MENU:**

**CICLO MENU: #** 3 **DE LA SEMANA:** # 1 Tiempo de Comida Evidenciado Almuerzo

| Observaciones del ciclo menú en el tiempo de almuerzo - | Ciclo Menú establecido en la minuta de la entidad | Ciclo menú suministrado |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| PROTEÍNA<br>CEREAL<br>VERDURA O ENSALADA<br><br>TUBÉRCULO O PLÁTANO<br>SOPA O CREMA<br>BEBIDA DE FRUTA | Carnes de res a las finas hierbas<br>Arroz Fideos<br>Ensalada de espinaca, mango, fresas y miel<br>Papa criolla dorada<br>Sopa de verduras<br>Jugo de maracuyá | Carnes de res a las finas hierbas<br>Arroz Fideos<br>Ensalada de espinaca, mango, fresas y miel<br>Papa criolla dorada<br>Sopa de verduras<br>Jugo de maracuyá |

**Observaciones luego de la verificación de la minuta patrón:** Se observa cumplimiento de la minuta patrón de acuerdo a lo establecido, se garantiza alimentos para la totalidad de la población, se realiza proceso de servido de acuerdo a los tiempos establecidos en el anexo técnico.

**13. VERIFICACIÓN RUTAS TRANSPORTADORAS:**

| | |
|---|---|
| Ruta 1. SZU838 USAQUÉN ingresa esta mañana con 9 participantes, con monitor externo | Ruta 2. TDL992 SUBA ingresa esta mañana con 10 participantes, con monitor externo |
| Ruta 3. Placas TLO618 SUBA ingresa esta mañana con 11 participantes, con monitor externo | Ruta 4. WCV518 TEUSAQUILLO- CORFERIAS ingresa esta mañana con 12 participantes, con monitor externo |
| Ingreso por puerta 0 | |

## VERIFICACION OBLIGACIONES COMPONENTE SALUD

**PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS Y DE CUIDADO INCLUSIVO PARA LA SALUD CIAE:**

**14. DISTRIBUACION POBLACION POR EPS:**

| EPS | PERSONAS AFILIADAS |
|---|---|
| **CAPITAL** | 3 |
| **ALIANSALUD** | 2 |
| **SERVISALUD** | 1 |
| **COMPENSAR** | 7 |
| **COOSALUD** | 1 |
| **FAMISANAR** | 8 |
| **NUEVA EPS** | 5 |
| **SALUD TOTAL** | 11 |
| **SANITAS** | 9 |
| **SURAMERICANA** | 2 |

**Observaciones luego de la verificación:** Sin observaciones.

**15. VERIFICACION ESTADO DE AFILIACION DE LA POBLACION:**

| TEMA | SEPTIEMBRE 2025 |
|---|---|
| Revisión de estado de participantes en plataforma Adress – Comprobador de derechos Secretaria de Salud. | 01 |

Observaciones luego de la verificación: Se realiza muestra aleatoria en el comprobador de derechos de la Secretaria de Salud de Bogotá; no se evidencian hallazgos a reportar, se observa cambio en la distribución por eps de la población en referencia a la verificación anterior realizada por el asociado adicional se observa una persona en atención por régimen especial el cual se tiene certificado de atención.

**16. PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE TOMAN MEDICAMENTOS AL INTERIOR DEL CIAE:** 12 pcd durante la visita se evidencio el proceso de acompañamiento durante la toma de medicamentos.

| Nombres y Apellidos | Medicamento | Dosis | Fecha de vencimiento formula |
|---|---|---|---|
| María Sofia Beltrán Patiño | Picosulfato de Sodio 75mg/ml<br>Levetiracetam 100mg<br>Acido Valproico | 5 gotas<br>10 cc<br>10cc | 26-09-2025. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Clonazepam 2mg | 1 tableta | |
| Santiago Chizaba Barajas | Acido acetilsalicilico 100mg. | 1 tableta | 14-11-2025 |
| Juan Nicolas Bedoya Torres | Risperidona fco multidosis,<br>Valcote 250mg;<br>Clonazepam 2mg | 15 gotas<br>1 tableta<br>1 tableta | 03-12-2025 |
| Nilsa Dufay Tuta Forero | Clozapina 100mg. | 1/2 tableta | 04-11-2025 |
| Sylvia Cárdenas | Clonazepam 2.5mg/ml.<br>Risperidona 1mg | 5 gotas<br>1 tableta | 02-10-2025 |
| Maria Paula Mateus Acosta | Risperidona 1mg/ml;<br>Levetiracetam 100mg/ml. | 10 gotas<br>5 cc | 27-09-2025 |
| Paula Andrea Patiño Mondragón | Topiramato 100mg;<br>Carbamazepina 200mg. | 1 tableta<br>2 tabletas | 26-09-2025<br>02-10-2025 |
| Kevin Johan Sanabria | Carbamazepina 200mg. | 2 tabletas | 14-09-2025 – Se genera Alerta |
| Sergio Francisco Torres Torres | Risperidona 1mg. | 1 tableta | 04-10-2025 |
| Jhon Jairo Jaime Gonzalez | Valproico Sódico 250mg. | 8 cc | 05-11-2025 |
| Felipe Alejandro Blanco Marquez | Carbamazepina 200mg<br>Risperidona 1mg | 1 tab<br>1 tab | 12-10-2025 |

**Observaciones luego de la verificación:** Se realiza verificación de la totalidad de ordenes medicas de las personas con discapacidad a quienes se les acompaña el proceso de toma de medicamentos al interior del servicio; en lo referente a vigencia y cumplimiento de las mismas de acuerdo a criterio medico en compañía de profesional en enfermería y coordinadora del servicio evidenciando cumplimiento por parte del asociado.

17. **VERIFICACION ADECUADO Y OPORTUNO DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DEL PROGRAMA;** FORMATO DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA, FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS, FORMATO TOMA DE CONSTANTES VITALES

| NOMBRE DEL PARTICIPANTE | SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA | FORMULAS MÉDICAS | REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS DE CUIDADO DE LA SALUD | CONSTANTES VITALES | ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS |
|---|---|---|---|---|---|
| María Sofia Beltrán Patiño | 28 08 2025 | Vigente. | Sin observaciones | Sin observaciones | Sin observaciones |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Santiago Chizaba Barajas | 28 08 2025 | Vigente | Sin observaciones | Sin observaciones | Sin observaciones |
| Juan Nicolas Bedoya Torres | 28 08 2025 | Vigente | La pcd se encuentra en incapacidad medica no presenta registros para el presente mes. | La pcd se encuentra en incapacidad medica no presenta registros para el presente mes. | La pcd se encuentra en incapacidad medica no presenta registros para el presente mes. |
| Nilsa Dufay Tuta Forero | 28 08 2025 | Vigente | Sin observaciones | Sin observaciones | Sin observaciones |

**Observaciones luego de la verificación:** Luego de la verificación aleatoria realizada a una muestra significativa se logra observar que el asociado genera adecuado y oportuno diligenciamiento de los formatos que hacen parte del programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud.

**14.1 FORMATO INGRESO DE MEDICAMENTOS:**

| FECHA | NOMBRE DEL PARTICIPANTE | MEDICAMENTO QUE INGRESA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 05/ SEPTIEMBRE / 2025 | Paula Andrea Patiño Mondragón | Carbamazepina | SIN OBSERVACIONES |

**Observaciones luego de la verificación:** Se observa adecuado diligenciamiento del formato de acuerdo a lo establecido en el instructivo de diligenciamiento del formato y la línea técnica del programa.

**14.2 VERIFICACION ADECUADO Y OPORTUNO DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DEL PROGRAMA;** FORMATO SEGUIMIENTO A ELEMENTOS DE BOTIQUIN

| TIPO DE BOTIQUIN | FECHA DE VERIFICACION | ASPECTO O ELEMENTO VERIFICADO | PROCESO DE SEMAFORIZACION | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| TIPO A | 19 08 2025 – Actualizado | Muestra aleatoria de diferentes elementos entre | Sin observaciones. | Sin observaciones |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | los cuales se incluyeron Venda elástica 2 x 5 yardas, , Baja Lenguas paquete x 20, Caja de guantes. Los cuales cumplen con el adecuado proceso de semaforización y adicionalmente cuentan con fecha vigente de vencimiento | | |
| TIPO B | 19 08 2025 – Actualizado | Muestra aleatoria de diferentes elementos entre los cuales se incluyeron Soluciones salinas normales, Asa, Acetaminofén, Hidróxido de aluminio, apósitos o compresas estériles.<br>Los cuales cumplen con el adecuado proceso de semaforización y adicionalmente cuentan con fecha vigente de vencimiento | Sin observaciones. | Sin observaciones |

**VERIFICACION DE ELEMENTOS CONTEMPLADOS PARA LOS BOTIQUINES TIPO A Y B SEGÚN LO ESTIPULADO EN LA RESOLUCION 705 DE 2007:**

**BOTIQUÍN TIPO A :**

| **ELEMENTOS** | **UNIDADES** | **CANTIDAD SOLICITADA** | **CANTIDAD EVIDENCIADA** |
|---|---|---|---|
| GASAS LIMPIAS PAQUETE | Paquete X 20 | 1 | 1 |
| ESPARADRAPO DE TELA ROLLO de 4" | Unidad | 1 | 1 |
| BAJALENGUAS | Paquete por 20 | 1 | 1 |
| GUANTES DE LATEX PARA EXAMEN | Caja por 100 | 1 | 1 |
| VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 |
| VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 |
| VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 |
| VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 |
| YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO) | Frasco x 120 ml | 1 | 1 |
| SOLUCIÓN SALINA 250 cc ó 500 cc | Unidad | 2 | 2 |
| TERMÓMETRO DE MERCURIO O DIGITAL | Unidad | 1 | 1 |
| ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml | Unidad | 1 | 1 |
| **TOTAL** | | **14** | **14** |
| | | | |

**Observaciones luego de la verificación de los elementos del Botiquín Tipo A:** Se encuentran la totalidad de elementos de acuerdo a lo establecido en la resolución y en las sabana de elementos contemplada para el presente convenio de asociación.

**BOTIQUÍN TIPO B:**

| **ELEMENTOS** | **UNIDADES** | **CANTIDAD SOLICITADA** | **CANTIDAD EVIDENCIADA** |
|---|---|---|---|
| GASAS LIMPIAS PAQUETE | Paquete X 100 | 1 | 1 |
| GASAS ESTÉRILES PAQUETE | Paquete por 3 | 20 | 20 |
| APÓSITO ó COMPRESAS NO ESTÉRILES | Unidad | 4 | 4 |
| ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4" | Unidad | 2 | 2 |
| BAJALENGUAS | Paquete por 20 | 2 | 2 |
| VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 2 |
| VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 2 |
| VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 2 |
| VENDA DE ALGODÒN 3 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VENDA DE ALGODÒN 5 X 5 YARDAS | Unidad | 2 | 2 |
| CLORHEXIDINA O YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO) | Galón | 1 | 1 |
| SOLUCIÓN SALINA 250 cc ó 500 cc | Unidad | 5 | 5 |
| GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN | Caja por 100 | 1 | 1 |
| TERMÓMETRO DE MERCURIO ó DIGITAL | Unidad | 1 | 1 |
| ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml | Unidad | 1 | 1 |
| TIJERAS | Unidad | 1 | 1 |
| LINTERNA | Unidad | 1 | 1 |
| PILAS DE REPUESTO | Par | 4 | 4 |
| TABLA ESPINAL LARGA | Unidad | 1 | 1 |
| COLLAR CERVICAL ADULTO | Unidad | 2 | 2 |
| COLLAR CERVICAL NIÑO | Unidad | 2 | 2 |
| INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO) | Unidad | 1 | 1 |
| INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO) | Unidad | 1 | 1 |
| INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (NIÑO) | Unidad | 1 | 1 |
| INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (NIÑO) | Unidad | 1 | 1 |
| VASOS DESECHABLES | Paquete por 25 | 1 | 1 |
| TENSIÓMETRO | Unidad | 1 | 1 |
| FONENDOSCOPIO | Unidad | 1 | 1 |
| ACETAMINOFÉN TABLETAS POR 500 mg | Sobre por 10 | 2 | 2 |
| HIDRÓXIDO DE ALUMINIO TABLETAS | Sobre por 10 | 1 | 1 |
| ASA TABLETAS POR 100 mg | Sobre por 10 | 1 | 1 |
| ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP | Unidad | 2 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOTAL** | | **59** | **59** |

**Observaciones luego de la verificación de los elementos del Botiquín Tipo B:** Se encuentran la totalidad de elementos de acuerdo a lo establecido en la resolución y en la sabana de elementos contemplada para el presente convenio de asociación.

18. **DOCUMENTOS A GENERAR Y SOCIALIZAR DESDE EL PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS Y DE CUIDADO INCLUSIVO PARA LA SALUD:**

| TEMA | FECHA DE GENERADO | FECHA DE SOCIALIZADO |
|---|---|---|
| Documento de identificación y acciones de prevención frente a riesgos potenciales durante la prestación del servicio. | Documento elaborado y enviado para aval por parte del asociado el día 29 de mayo del 2025 | PENDIENTE VERIFICACION |
| Plan de atención por Enfermería | Documento elaborado y enviado para aval por parte del asociado el día 29 de mayo del 2025 | PENDIENTE VERIFICACION |
| Guía Farmacológica | Documento elaborado y enviado para aval por parte del asociado el día 29 de mayo del 2025 | PENDIENTE VERIFICACION |
| Proceso de toma de constantes vitales al interior del Centros Integrarte Atención Externa | Documento elaborado y enviado para aval por parte del asociado el día 29 de mayo del 2025 | 15 Agosto 2025 |
| Acciones para las buenas prácticas en la ejecución de actividades de cuidado. | Documento elaborado y enviado para aval por parte del asociado el día 29 de mayo del 2025 | 21 Junio 2025 |
| Acciones preventivas de Mitigación y Prevención del Riesgo de Contagio desde enfermería | Documento elaborado y enviado para aval por parte del asociado el día 29 de mayo del 2025 | 18 Julio 2025 |
| Documento de Coordinación con el Área de Salud Pública: | Documento elaborado y enviado para aval por parte del asociado el día 29 de mayo del 2025 | PENDIENTE VERIFICACION |

**Observaciones luego de la verificación:** El asociado se encuentra a la espera del aval de los documentos por parte del referente técnico del programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud.

19. **SOCIALIZACIONES REALIZADAS DESDE EL PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS Y DE CUIDADO INCLUSIVO PARA LA SALUD:**

| MES | DIA | TEMA | FORMATO | POBLACION OBJETO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| Mayo | 14 | Capacitación formatos y recomendaciones auxiliares en enfermería | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Auxiliares de enfermería | Se observa cambio de acuerdo a solicitud anterior. |
| Mayo | 21 | Convulsiones tipos y primeros auxilios básicos | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Monitoras de ruta | Se observa cambio de acuerdo a solicitud anterior. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mayo | 21 | Socialización Anexo técnico | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Auxiliares de enfermería | Sin observaciones |
| Junio | 21 | Buenas practicas para las actividades de cuidado | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Referentes familiares | Sin observaciones |
| Junio | 26 | Socialización protocolo cambio de pañal | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Auxiliares de enfermería | Sin observaciones |
| Julio | 18 | Protocolo Mitigacion y Prevencion Riesgo de Contagio | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Referentes familiares | Sin observaciones |
| Julio | 29 | Retroalimentación – Acción de mejora proceso de condiciones físicas y mentales | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Auxiliares de enfermería | Sin observaciones |
| Agosto | 15 | Proceso y evaluación toma de constantes vitales | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Auxiliares de enfermería | Sin observaciones |
| Agosto | 29 | Primeros Auxilios Básicos | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Auxiliares de enfermería | Pendiente cambio de formato listado de asistencia |
| Agosto | 29 | Informar al talento humano acerca de los impactos que tiene el cigarrillo en la salud y bienestar de las personas | Formato Intervenciones Grupales en Servicios | Auxiliares de enfermería | Pendiente cambio de formato listado de asistencia |

**Observaciones luego de la verificación:** Sin observaciones

**20. VERIFICACION SABANA DE ELEMENTOS PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS Y DE CUIDADO INCLUSIVO PARA LA SALUD:**

| ELEMENTO | DESCRIPCION DEL ELEMENTO | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD EVIDECIADA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **Botiquín tipo A** | Botiquín tipo A Fijo De acuerdo con lo establecido en la Resolución 0705 de 2007 de la Secretaría Distrital de Salud, el botiquín | 1 unidad durante todo el convenio | 1 | Sin observaciones |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Botiquín tipo B** | Botiquín tipo B de fácil traslado De acuerdo con lo establecido en la Resolución 0705 de 2007 de la Secretaría Distrital de Salud. | 1 unidades durante todo el convenio | 1 | Sin observaciones |
| | **Vitrina mostrador en aluminio de 120 cm vitrinas con entrepaño variables** | Vitrina mostrador en aluminio de 120 cm - con entrepaños variables para almacenamiento de medicamentos, que permita el almacenamiento bajo llave de los medicamentos de control. | 1 unidad durante todo el convenio | 1 | Sin observaciones |
| | **Camilla fija con Barandas, colchoneta de fácil limpieza y desinfección** | Camilla fija con barandas, | 1 unidad durante todo el convenio | 1 | Sin observaciones |
| | **Nevera tipo bar** | Nevera tipo bar | 1 unidad durante todo el convenio | 1 | Sin observaciones |
| | **Tablero acrílico borrable** | Tablero acrílico Tablero acrílico borrable marco en aluminio 1.60 x 1.20 | 1 unidad durante todo el convenio | 1 | Sin observaciones |
| | **Fonendoscopio genérico para adulto** | Fonendoscopio genérico para adulto. | 2 unidades durante todo el convenio | 2 | Sin observaciones |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tensiómetro genérico para adulto Portátil** | Tensiómetro VER CRITERIOS TÉCNICOS DEL ELEMENTO VIABILIZADO | 2 unidades durante todo el convenio | 2 | Sin observaciones |
| **Pulsioxímetro pantalla LED** | Pulsioxímetro con SpO2 | 2 unidades durante todo el convenio | 2 | Sin observaciones |
| **Termómetro Clínico Digital para adulto** | Termómetro Clínico Digital para adulto VER CRITERIOS TÉCNICOS DEL ELEMENTO VIABILIZADO | 5 unidades durante todo el convenio | 5 | Sin observaciones |
| **Guantes de látex caja x 100** | GUANTES A*RESISTENTES,CON POLVO, HIPOALERGÉNICOS, COLOR BLANCO CAJA X 100 UNIDADES TALLA S Y M | 4 cajas mensuales Para apoyos extensos. | Se evidencia suficiencia del elemento para la atención de la población. | |
| **Jabón liquido antibacterial 4.000 ml** | JABÓN LIQUIDO humectante con avena y germen de trigo - no antibacterial - biodegradable. contenido mínimo 4000 ml, presentación envase plástico. | 1 unidad mensual | Se evidencia suficiencia del elemento para la atención de la población. | |
| **Tapabocas desechables, Caja por 50 unidades** | TAPABOCAS DESECHABLES, tapabocas desechables de tiras elásticas para orejas termosellado, 3 pliegues, colores blanco, azul o verde, presentación caja x 50 unidades. | 3 cajas mensuales para lotes de apoyos extensos generalizados. | Se evidencia suficiencia del elemento para la atención de la población. | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Toallas de papel dobladas en Z paquete por 150 unidades** | TOALLAS DESECHABLES toalla desechable de manos biodegradable. tipo dobladas en z; presentación paquete por 150 unidades | 2 paquetes mensuales | Se evidencia suficiencia del elemento para la atención de la población. | |

Observaciones luego de la verificación: Luego de la verificación de los elementos contemplados en la sabana de elementos para la adecuada y optima implementación del programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud se observa que el asociado cuenta con la totalidad de elementos contemplados desde el anexo técnico.

Se inicia visita de seguimiento a la calidad operativa durante la atención de las personas con discapacidad por parte del profesional del componente de salud realizando presentación y socialización del objetivo de la visita con la coordinadora del servicio. Posteriormente se realiza recorrido guiado por las instalaciones de la planta física del CIAE la cual se observa en adecuadas condiciones de orden, limpieza y desinfección; durante el recorrido se observan a los participantes divididos por grupos; acompañados por talento humano profesional y auxiliar en enfermería. La población se encuentra en adecuado estado de salud físico y mental compartiendo con pares, mostrando características propias de sus diagnósticos de base. Durante el desarrollo de la visita se acompaña el tiempo de comida nueves reforzadas el cual se sirve en el horario establecido, La minuta patrón se cumple de acuerdo a lo establecido, se garantizan alimentos para la totalidad de la población. Se realiza verificación de la sabana de elementos del componente salud en la cual se observan la totalidad de elementos contemplados en el anexo técnico, los cuales se mencionan en la parte de arriba del presente documento. Al realizar la verificación aleatoria de los formatos que hacen parte de la adecuada implementación del programa se evidencia adecuado y oportuno diligenciamiento de los formatos. Se realiza verificación de los elementos de aseo personal contemplados en el anexo técnico los cuales presentan suficiencia para la totalidad de pcd en atención.

| OBLIGACIONES GENERALES DEL ASOCIADO | CUMPLE | | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | | |
| No vincular directa o indirectamente a menores de edad para el cumplimiento de las actividades del objeto contractual, en cumplimiento de las instrucciones emanadas de la circular 001 de 2011 expedida por la Alcaldía Mayor de Bogotá. | X | | Durante la visita no se observan directa o indirectamente menores de edad para el cumplimiento de las actividades del objeto contractual. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| No divulgar ni realizar propaganda a nombre de su organización, que comprometa o involucre a la población vinculada al convenio de asociación, sin previa autorización del participante, su red familiar o cuidadora, y comunicación al supervisor del convenio. | X | | Durante la visita no se observa propaganda a nombre de la organización del asociado que comprometa o involucre a la población vinculada al convenio de asociación. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| No realizar reuniones o manifestaciones de índole política ni instalará publicidad política en los muros y/o en espacios del Centro Integrarte durante la ejecución del convenio de asociación. | X | | Durante la visita no se observan reuniones o manifestaciones de índole política; adicionalmente la población no hace alguna presunción que haga pensar que se esta incumpliendo con lo dispuesto en a la obligación. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Facilitar la labor del supervisor para el control y el seguimiento al cumplimiento del convenio de asociación proporcionando la información y documentación que se considere necesaria en los tiempos establecidos para ello, acatando y aplicando las observaciones y recomendaciones de la supervisión del convenio. | x | | El asociado facilita la información solicitada durante la visita de supervisión; teniendo acceso a las historias sociales; formatos del programa de cuidado de la salud. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **OBLIGACIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| Garantizar durante la ejecución del convenio de asociación, lo señalado en | x | | Durante la visita se evidenciaron las cámaras en funcionamiento, no hubo corte de energía; se pudo observar las cámaras al interior del centro; tal cual como lo | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| el numeral 7 del anexo técnico, referente a Medios Tecnológicos. | | | dispone el anexo técnico. Se dispone de un monitor en el cual se observa la proyección de las mismas. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LAS PIEZAS COMUNICATIVAS** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| | | | | |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| Garantizar que la atención de las personas con discapacidad, este libre de acciones, omisiones o situaciones que lleve implícito cualquier tipo de violencia (física y psicológica), amenaza, negligencia, descuido, exclusión, discriminación (generalizada o por sus orientaciones sexuales o identidades de género no heteronormativas, por pertenecientes a los diferentes grupos étnicos – raciales y/o a la población víctima del conflicto armado) y en general cualquier otro acto que afecte la integridad física y/o moral o que ponga en riesgo o vulnere sus derechos, autonomía, independencia, integridad física, emocional o mental, durante la ejecución del convenio de asociación | **x** | | Durante la visita se pudo evidenciar que el asociado brindo el apoyo necesario a los sistemas familiares de las personas con discapacidad; acción con lo cual se garantizó el acceso a los servicios de salud que requiere la población de acuerdo a lo establecido en la presente obligación. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Evitar por parte del talento humano del asociado o terceros cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado. También evitará cualquier | **x** | | Durante la visita, se pudo evidenciar como el talento humano, garantizo que la atención de las personas con discapacidad, estuviera libre de acciones, omisiones que pudiese causar muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Igualmente, deberá facilitar y promover la denuncia ante el acaecimiento de cualquiera de las circunstancias | | | | |
| Elaborar e implementar protocolos y medidas de seguridad para prevenir evasiones de las personas con discapacidad ubicadas en el Centro, durante la ejecución del convenio de asociación. | **x** | | Durante el primer mes de atención el asociado realizo proyección inicial de los documentos solicitados desde el programa en el anexo técnico del presente convenio de asociación en los cuales se tienen contempladas acciones preventivas frente a posibles acciones de evasión por parte de las personas con discapacidad en atención. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Articular acciones activación de rutas de atención con las distintas entidades y autoridades competentes para promover, garantizar y proteger los derechos de los participantes, cuando se encuentren en inobservancia, amenaza, riesgo o vulneración. | **x** | | Durante el primer mes de atención el asociado realizo proyección inicial de los documentos solicitados desde el programa en el anexo técnico del presente convenio de asociación en los cuales se tienen contempladas acciones preventivas con el objetivo de promover, garantizar y proteger los derechos de los participantes, cuando se encuentren en inobservancia, amenaza, riesgo o vulneración. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Realizar las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del convenio de asociación y las dadas por la supervisión. | **x** | | Durante la visita, se pudo evidenciar que el asociado cuenta con la totalidad de elementos contemplados en la sabana de elementos que hace parte del programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CUIDADO INCLUSIVO PARA LA SALUD** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| Apoyar y articular de manera oportuna a los sistemas familiares, para el acceso a los servicios de salud que requiera la población; consentimientos informados, citas médicas, procedimientos, obtención de medicamentos, absorbentes y demás, identificando necesidades y condiciones específicas | x | | Durante la visita se pudo evidenciar que el asociado brindo el apoyo necesario a los sistemas familiares de las personas con discapacidad; con lo cual se garantizó el acceso a los servicios de salud que requirió la población de acuerdo a lo establecido en la presente obligación. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| de las personas con discapacidad, con el fin de apoyar en dichos procesos. | | | | |
| Generar desde el perfil técnico o profesional en enfermería diariamente por turnos al inicio, durante y la finalización del mismo el diligenciamiento de la totalidad de formatos del programa de acciones preventivas y cuidado inclusivo para la salud; destacando durante el diligenciamiento de estos documentos con claridad absoluta el estado de salud físico y mental de los participantes. De acuerdo con las especificaciones del anexo técnico, el instructivo de diligenciamiento de cada formato y la idoneidad deontológica del perfil establecida y descrita en la Ley 266 de 1996. | **x** | | Durante la visita, se pudo evidenciar que el asociado genero de forma adecuada y oportuna el diligenciamiento de los formatos que hacen parte de la adecuada implementación del programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Cargar al drive dispuesto desde el programa de acciones preventivas y cuidado inclusivo para la salud finalizado el primer mes de ejecución (Del cual tienen acceso y control el Referente Técnico de Cuidado a la Salud, el referente técnico de CIAI y al equipo de apoyo a la Supervisión). los documentos del programa de cuidado a la salud Documento de identificación y acciones de prevención frente a riesgos potenciales durante la prestación del servicio, Plan de atención por Enfermería, Guía Farmacológica, Proceso de toma de constantes vitales al interior del Centros Integrarte Atención Externa, Acciones para las buenas prácticas en la ejecución de | **x** | | Durante la visita, se pudo evidenciar que el asociado realizo proyección inicial y envio al referente técnico del programa de los documentos solicitados en el anexo técnico desde el programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud. Actualmente se encuentra realizando la socialización e implementación de los mismos a la espera de las observaciones y aval del referente. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| actividades de cuidado, Acciones preventivas de Mitigación y Prevención del Riesgo de Contagio desde enfermería, Documento de Coordinación con el Área de Salud Pública. Una vez realizado el proceso solicitar vía correo electrónico al referente técnico del programa con copia a los antes nombrados visita de acompañamiento y verificación de las acciones contempladas en los documentos generados desde el equipo de enfermería. Garantizando una vez avalados los documentos la socialización al talento humano y referentes familiares, mínimo 2 veces en el mes, registrando en el respectivo formato, acorde al cronograma de socialización planteado por el centro integrarte atención externa. | | | | |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON SUBSISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| Garantizar que los documentos elaborados durante la ejecución del convenio tengan plena identificación de quien los construyó; los nombres, apellidos y firmas de los integrantes del talento humano, con número de tarjeta profesional (en los casos que aplica) y de cédula de ciudadanía. | **x** | | Durante la visita se evidencio que el asociado garantiza que los documentos elaborados durante la ejecución del convenio presenten plena identificación de quien los construyo. Esta información se verifico por medio de los formatos del programa de acciones de cuidado para la salud dentro de los cuales se encuentran:<br><br>- Registros diarios actividades para cuidado a la salud<br>-Formato constantes vitales<br>-Formato administración de medicamentos<br>-Formato seguimiento de enfermería<br>-Formato ingreso de medicamentos | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Diligenciar y presentar los reportes de información definidos en el anexo técnico, en medio físico y digital, en los formatos suministrados por la SDIS para el registro de la información | **x** | | Durante la visita se evidencio que el asociado realizo el reporte de forma adecuada de la información solicitada de manera física en los formatos del programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud dentro de los cuales se encuentran: | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| derivada del proceso de atención y, solicitados durante la ejecución del convenio de asociación, con la periodicidad establecida, de manera oportuna y efectuando los ajustes a que haya lugar. | | | - Registros diarios actividades para cuidado a la salud<br>-Formato constantes vitales<br>-Formato administración de medicamentos<br>-Formato seguimiento de enfermería<br>-Formato ingreso de medicamentos | |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| Cumplir con las condiciones generales del talento humano y con el procedimiento para la presentación de este de acuerdo con lo establecido en anexo técnico en el Titulo 4, contratando en los tiempos señalados en el anexo técnico, la totalidad del talento humano requerido para la prestación del servicio, el perfil, cumpliendo con los horarios y actividades previstas para la modalidad; durante la ejecución del convenio de asociación. | **x** | | Durante la visita, se pudo evidenciar que el asociado cuenta con la totalidad de perfiles solicitados en el anexo técnico para la atención de la población. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CO AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| Mantener el espacio físico funcional en condiciones de seguridad, limpieza, pulcritud, higiene, desinfección, asepsia, desratización, fumigaciones, lavado de tanques, aseo general en habitaciones, oficinas, talleres, baños, cocina, áreas comunes, área de basuras, zonas verdes y cualquier otro lugar que sea utilizado en el desarrollo de la jornada diaria para la ejecución del convenio; en concordancia con el plan de saneamiento del asociado, sus respectivos programas y conforme lo establecido en el anexo técnico, | **x** | | Durante el recorrido a las instalaciones del CIAE, se observa la unidad operativa en adecuadas condiciones de orden, limpieza e higiene para la óptima atención de las pcd. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| incluyendo el cuidado, mantenimiento y reparaciones de dicho espacio en donde se desarrolla el servicio, así como el encerramiento del centro. | | | | |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON GESTION AMBENTAL** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| | | | | |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL COMPONENTE DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACI** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| | | | | |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL SUBCOMPONENTE DE SALUBRIDAD** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| | | | | |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON DOTACIÓN Y ELEMENTOS MÍNIMOS PARA EL DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| Disponer en buen estado de la totalidad de elementos, contenidos en la sabana de elementos, teniendo en cuenta las características técnicas mínimas allí descritas, cantidades establecidas y periodicidad de entrega de cada elemento. En caso de presentar características superiores, los elementos serán pagados hasta el valor indicado en cada rubro por estructura de costos y avalado por la SDIS | **X** | | Durante el desarrollo de la presente visita se evidencio que el asociad cumple a cabalidad con la totalidad de elementos que hacen parte de la sabana de elementos contemplada para la adecuada implementación del programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ON LA DOTACIÓN Y ELEMENTOS MÍNIMOS PARA EL DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| COMPONENTES ESTRUCTURA DE COSTOS DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE | CUMPLE | | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | | |
| **COSTOS FIJOS:** | | | | |
| **• Talento Humano** | X | | Se observan contratados la totalidad de perfiles de talento humano indicado en el anexo técnico por lote. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **Espacio físico funcional (instalaciones)** | **X** | | Identificado cada uno de los espacios y registrados en las observaciones de recorrido | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **Bienes consumibles (elementos de entrega mensual)** | **x** | | Dotación área de cuidado a la salud: Durante la presente visita se observa suficiencia de los siguientes elementos al interior del área de primeros auxilios<br><br>-Caja de tapabocas<br><br>-Caja de guantes estériles<br><br>-Jabón<br><br>-Toallas de papel desechables | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **Desgaste y uso de los bienes muebles No consumibles** | **x** | | Se observan los diferentes elementos desgaste y uso de los bienes muebles no consumibles para la adecuada y oportuna implementación del programa | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Transporte** | **X** | | El centro presenta para transportar a los participantes las rutas mencionadas en la parte inicial del presente documento de acuerdo a lo establecido en el anexo técnico del presente convenio de asociación. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **Vigilancia** | **X** | | Al ingreso a las instalaciones del operador se identifica servicio de vigilancia con empresa privada | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **Medios tecnológicos** | **X** | | El centro cuenta con un circuito cerrado de televisión CCTV para el centro de atención. Las cámaras de video ubicadas dentro del espacio físico funcional son proyectadas en el celular de la coordinadora. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **COSTOS VARIABLES:** | | | | |
| Alimentos (Incluye desayuno, nueves, almuerzo, onces y comida) | **X** | | Acorde al momento verificado se identificó los alimentos para los participantes que se encuentran en el centro- tipo de alimento verificado – refrigerio. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Servicios Públicos | **X** | | Se observa en el desarrollo del recorrido por el espacio físico funcional, identificando servicio de energía acorde a la prueba de encendido de tomacorrientes e interruptores de luz; En la verificación de grifos de lavamanos y duchas se identifica servicio de agua disponible | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Elementos de aseo personal (elementos de entrega mensual) | x | | El asociado dispone de un espacio en el cual se cuenta con un recipiente por cada uno de los participantes en el cual se evidenciaron los elementos de aseo personal dispuestos desde el anexo técnico para las personas con discapacidad. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| **COSTOS POR REALIZACIÓN:** | | | | |
| Elementos de aseo personal (elementos para toda la ejecución del convenio) | x | | El asociado dispone de un espacio en el cual se cuenta con un recipiente por cada uno de los participantes en el cual se evidenciaron los elementos de aseo personal dispuestos desde el anexo técnico para las personas con discapacidad. | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |
| Bienes consumibles (elementos para toda la ejecución del convenio) | **x** | | Acorde al recorrido no se identifican la totalidad de elementos disponibles para en uso y para el desarrollo de las actividades de los siguientes elementos: | Acta visita 08 de Septiembre 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | ---Botiquín tipo A - fijo botiquín de primeros auxilios<br>--- Botiquín tipo B - Botiquín de primeros auxilios | |

**Registre la información solicitada:**

| **5. CONCEPTO CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES VERIFICADAS EN LA VISITA** | |
|---|---|
| Durante la visita realizada se observa a la población en adecuadas condiciones generales, una planta física en adecuadas condiciones de orden y limpieza. Se evidencian la totalidad de elementos dispuestos desde la sabana de elementos del presente convenio de asociación en lo referente al componente salud los cuales se mencionan en la parte superior de este documento. | |
| **OBSERVACIONES** | |
| EL ASOCIADO NO PRESENTA OBSERVACIONES PARA LA PRESENTE ACTA | |
| **6. ACCIONES POR MEJORAR COMO RESULTADO DE LA VISITA** | |
| **ACCIONES POR MEJORAR** | **PLAZO** |
| | |
| **¿EL ASOCIADO DIO CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA Y PLAZOS ACORDADOS EN LA VISITA ANTERIOR?**<br><br>**FECHA DE LA ULTIMA VISITA: No aplica**<br><br>**SI** ❑ **NO** ❑ | **REGISTRE EL SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA:** El asociado no presenta acciones de mejora en referencia a la visita anterior. |

| | |
|---|---|
| **NOMBRE(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | **1. YUDY LILIANA PEREZ MACIAS** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | **1. Ver listado de asistencia** |
| **CARGO(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | **1. Coordinadora** |
| **NOMBRE(S) PROFESIONAL(ES) DE APOYO A LA SUPERVISIÓN** | **1. JHONATAN NICK RODRIGUEZ PINZON** |
| **FIRMA(S) PROFESIONAL(ES) DE APOYO A LA SUPERVISIÓN** | **1. Ver listado de asistencia** |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

**PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL**

**FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA**

| | |
|---|---|
| Código: | FOR-GD-023 |
| Versión: | 2 |
| Fecha: | Memo I2024018963 - 12/07/2024 |
| Página: | 1 de 1 |

1. Tema: VISITA DE SEGUIMIENTO A LA CALIDAD OPERATIVA. 2. Lugar o Localidad o Sede: CIAE 69 3. Fecha y hora: 08 09 2025 10:00 a.m.

4. Nombre responsable: JHONATAN RODRIGUEZ PINZON. 5. Dependencia responsable: SUBDIRECCION DISCAPACIDAD.

| 6. ítem | 7. Nombres y Apellidos | 8. Documento de identidad | | 9. Entidad / Dependencia | 10. Rol / Cargo | 11. Planta / Contratista | 12. Correo electrónico | 13. Teléfono y Ext. / Celular | 14. Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 8.1 Tipo | 8.2 Número | | | | | | |
| 1 | JHONATAN RODRIGUEZ P | CC | 80856984 | SDIS DISCAPACIDAD | PROFESIONAL SEGUIMIENTO | CONTRATISTA | JNRODRIGUEZP@SDIS | 320203070 | |
| 2 | Judy Liliana perez | CC | 1019011040 | CIAE 69 | coordinadora | No Aplica | liliana@gmail.com | 3045734798 | |
| 3 | July Andrea Rodriguez | CC | 1099202322 | CIAE 69 | Enfermera profesional | No Aplica | jrnurse1986@gmail.com | 3194825626 | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |

Tratamiento de datos personales."En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía."

Toda actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Powered by CamScanner