| | |
|---|---|
| **1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO AL CUAL SE LE HARÁ SEGUIMIENTO** | |
| **NÚMERO DEL CONTRATO / CONVENIO Y AÑO** | **7368-2025** |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA O ASOCIADO** | **FUNDACIÓN MARTHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑANA** |
| **OBJETO CONTRACTUAL** | Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para la atención a personas que se encuentren en edades entre los dieciocho (18) años y hasta los cincuenta y nueve (59) años y once (11) meses de edad con discapacidad, implementando acciones que favorezcan el desarrollo y mantenimiento de sus habilidades y capacidades para alcanzar mayores niveles de autonomía y toma de decisiones, promoviendo su inclusión en los diferentes entornos, en el servicio social centros integrarte atención interna, teniendo como referentes los enfoques diferencial y de género. |
| **NOMBRE DE LA SEDE / UNIDAD OPERATIVA** | **CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 11** |
| **DIRECCION Y TELEFONO DE LA SEDE / UNIDAD OPERATIVA** | Carrera 40 # 9 A 129, Vereda el Hato, Finca El Retiro La Mesa |
| **CORREO ELECTRONICO DE LA SEDE / UNIDAD OPERATIVA** | ciaig11convenio7368@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** | Alexandra Quiceno |
| **CARGO** | Enfermera Profesional |
| **No DE CELULAR** | 3126200267 |
| **3. DATOS DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION QUE REALIZA LA VISITA** | |
| **NOMBRE DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION – TECNICO** | Angie Lizeth Legarda Ardila |
| **No DE CELULAR** | 3217675180 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CORREO ELECTRONICO** | angielizlear@gmail.com | | |
| **4. DATOS GENERALES DE LA VISITA** | | | |
| **FECHA DE LA VISITA** | 29/05/2025 | **HORA DE INICIO DE LA VISITA:** 10:00am | **HORA FINAL DE LA VISITA: 15:00 pm** |
| **COBERTURA CONTRATADA PARA EL CENTRO** | **80** | **ASISTENCIA EVIDENCIADA DURANTE LA VISITA** | 78 |

**OBSERVACIONES DEL RECORRIDO POR EL CENTRO:**

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

.

1. **ASISTENCIA PARTICIPANTES**:78
2. **PARTICIPANTES EN ATENCIÓN**: 80
3. **CUPO DISPONIBLE**: 0
4. **PARTICIPANTES NO PRESENTES DURANTE LA VISITA: 2**

| NOMBRE PARTICIPANTE | REPORTE |
|---|---|
| | |

5. **HOSPITALIZADO:** 2

| NOMBRE PARTICIPANTE | REPORTE |
|---|---|
| DEIBY GONZALEZ | 19/05/2025: Participante que es trasladado al servicio de urgencias por fiebre, escalofrió y dolor de abdominal donde lo llevaron al hospital de la mesa, fue remitido el día 21 de mayo al hospital de Kennedy donde es valorado por cirugía general donde lo van operar el dia de hoy 29 de mayo, se realizó ultimo seguimiento hospitalario el día 22 de mayo del presente año Enfermera profesional |
| NELSON GUALDRON | 10/05/2025 Participante que fue traslado al servicio de urgencias del hospital la mesa, por alteración comportamental, el 13 de mayo fue trasladado al Samper Mendoza a unidad de salud mental, pendiente seguimiento hospitalario el dia de mañana, donde solo atienden los días viernes con cita previa. |

**6. FALLECIMIENTOS**: 0

| NOMBRE PARTICIPANTE | REPORTE |
|---|---|
| | |

**7. ASISTENCIA TALENTO HUMANO:**

| Cargo | Cantidad Solicitada | Cantidad Evidenciada | Nombre | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| **Coordinador-a de Centro** | **1** | 1 | ADRINANA MIRANDA | Recibe visita de seguimiento a la calidad operativa |
| **Psicóloga-o** | **2** | 1 | RAFAEL CANTILLO | Se encuentra en actividades con los participantes |
| | | 1 | GERALDIN PUENTES | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Trabajadora Social** | **2** | 1 | CHTINA MARCELA BOLIVAR | Se encuentra en actividades con los participantes |
| | | 1 | ELIANA MARCELA IRIARTE | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Terapeuta Ocupacional** | **1** | | ANGELICA LABRADOR | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Educador Físico-a** | **1** | 1 | JOSE CAMILO BONILLA CARVAJAL | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Fisioterapeuta-a** | **2** | 1 | LORENA MONTOYA | Se encuentra en actividades con los participantes |
| | | | NATHALIA CUERVO | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Fonoaudiólogo-a** | **2** | 1 | MARIA ANGELICA GUERRERO | Se encuentra en actividades con los participantes |
| | | 1 | ZURYS ZADAY MENDEZ | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Profesional en enfermería** | **1** | 1 | ALEXANDRA QUISANO | Recibe visita de seguimiento a la calidad operativa |
| **Nutricionista** | **1** | 0 | JULIANA LEON | Profesional no se encuentra durante el recorrido |
| **Tecnólogo Alimentos** | **1** | 1 | DIEGO ALEJANDRO ACEVEDO | Se encuentra en la cocina |
| **Auxiliar de enfermería** | **49-PENDIENTE 9** | 13-16 | MAYELIN PRIETO | **ANGELA VARGAS**: Audifarma Restrepo realizando autorización y entrega de medicamentos<br><br>**LINA TORRES**: Sacando autorizaciones 12 para cita médica del día de mañana al hospital Mario Gaitán Yanguas. |
| | | | LORENA MURCIA – EN CUIDADO PARA LA SALUD | |
| | | | LORENA DIAZ | |
| | | | LINA MORENO | |
| | | | RICARDO DIAZ – COMEDOR | |
| | | | DANIELA BERNAL – COMEDOR | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | MIRIAM CONSUELO SALINAS – COMEDOR | |
| | | | GINETH PINZON – TALLER DOS | |
| | | | ANGIE TORRES | |
| | | | ANGIE RUIZ | |
| | | | VICTOR VALERO | |
| | | | CRITINA PEÑA | |
| | | | GINA CASTRO | |
| **Tallerista** | **1** | 1 | MARIO RIVEROS | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Designado documental** | **1** | 1 | MONICA RAMIREZ | Se encuentra en actividades administrativas |
| **Nutricionista** | **1** | 1 | JULIANA LEON | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Técnico Ambiental** | **1** | 1 | NATALIA PEÑA | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Tecnólogo de Alimentos** | **1** | 1 | DIEGO ACEVEDO | Se encuentra en actividades con los participantes |
| **Manipuladores de alimentos** | **6** | 1 | CLARA PATRICIA SOLANO | Servicio De Comedor - Servido De Los Alimentos. |
| | | 1 | YAMILE SALCEDO | Servicio De Comedor - Servido De Los Alimentos |
| | | 0 | NORA RODRIGUEZ | En el momento de la visita se encuentra en dia de descanso |
| | | 0 | LUZ ANGELA RODRIGUEZ | Persona que presenta novedad en salud y no asiste al servicio |
| | | 0 | ASTRID LORENA GARZON | En el momento de la visita se encuentra en día de descanso |
| | | 0 | LUZ CASTILLO | En el momento de la visita se encuentra en dia de descanso |
| **Servicios generales** | **5** | 0 | MARY ANDREA CARVAJAL | En el momento de la visita se encuentra en dia de descanso |
| | | 1 | DIANA MOLINA | En el momento de la visita se evidencia realizando actividades de limpieza en la unida |
| | | 0 | MARIA TERESA MOLINA | En el momento de la visita se encuentra en día de descanso |
| | | 1 | LUZ STELLA RODRIGUEZ ROA | Servicio De Comedor - Servido De Los Alimentos, Se evidencia en el área de la cocina preparación de alimentos |
| | | 1 | OMAIRA ROMERO | Se encuentra en el servicio de lavandería |

**Observaciones luego de la verificación del Talento Humano del CIAI**: Se evidencia que la operaria de servicios generales Luz Stella Rodríguez se encuentra el día de hoy de manipuladora de alimentos y la señora Luz Ángela Rodríguez se encuentra con calamidad familiar, la Señora Luz Stella Rodríguez esta contratada en el perfil de servicios

generales, al momento de ingresar a verificar el talento humano de cocina se evidencia que la Señora Luz Stella Ingresa a la Cocina área de preparación de alimentos con uniforme de Servicios generales (Café claro), tecnólogo de alimentos informa que ella esta haciendo un apoyo pero en ese momento no me informan de ninguna calamidad de la otra manipuladora de alimentos, solo hasta realizar el conteo en el área de cuidados para la salud, se realiza comunicación telefónica con Manuel Santamaria manifestando la novedad encontrada.

**8. VERIFICACION CICLO MENU:**

**CICLO MENU: #** 29 **DE LA SEMANA:** # 4 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 |
|---|---|---|
| PROTEINA<br>CEREAL<br>VERDURA O ENSALADA<br>TUBERCULO O PLATANO<br>SOPA O CREMA<br>BEBIDA DE FRUTA | CERDO A LA PLANCHA<br>ARROZ BLANCO<br>ENSALADA DE ZANAHORIA, TOMATE, APIO, CILANTRO Y LIMON<br>PAPA SALADA<br>CAZUELA DE FRIJOLES<br>LIMONADA | CERDO A LA PLANCHA<br>ARROZ BLANCO<br>ENSALADA DE ZANAHORIA, TOMATE, APIO, CILANTRO Y LIMON<br>PAPA SALADA<br>CAZUELA DE FRIJOLES<br>LIMONADA |

**Observaciones luego de la verificación del Ciclo Menú:** Tiempo de comida verificado Almuerzo, se garantiza alimento para la totalidad de población en atención. Se observa que el tiempo de comida fue servido en el tiempo establecido dentro del anexo técnico (12:00) para tal fin donde previamente realzan lavado de manos a la población.

**VERIFICACION OBLIGACIONES COMPONENTE SALUD**

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

Con el objetivo de garantizar una óptima y adecuada implementación del programa de acciones preventivas y de cuidado inclusivo para la salud se solicitó en la visita de seguimiento a la calidad operativa, realizar lectura a modo general del anexo técnico del presente convenio de asociación y de forma específica a partir de la página 148 en la cual se describe las acciones mínimas para la implementación del programa y desarrollo del mismo. Posterior a este proceso (el cual debe ser llevado a cabo antes de finalizar el desarrollo del primer mes del presente convenio de asociación), donde se realizó por parte de la profesional de enfermería una socialización a la totalidad talento humano auxiliar en enfermería en la cual se desarrolló las generalidades del anexo técnico, implementación del programa, instructivos de diligenciamiento de los formatos del programa, funciones descritas en el anexo técnico para el profesional y técnico en enfermería, se solicita acta de socialización la cual no es entregada por el operador.

Adicional se recuerda a la enfermera profesional que posterior al aval del referente técnico de los documentos del programa, de acuerdo a lo establecido en el anexo técnico el profesional en enfermería mensualmente debe generar dos capacitaciones dirigidas al talento humano en enfermería y/o personas con discapacidad dependiendo el tipo de apoyo y/o referentes familiares de las personas con discapacidad; para tal fin debe hacer uso del Formato Intervenciones Grupales Código: FOR-PSS-187, al cual deberá adjuntar Formato de listado de asistencia Código: FOR-GD-023. Estas socializaciones deben reposar en el área de archivo del CIAI en una carpeta exclusiva para tal fin.

**9. DISTRIBUACION POBLACION POR EPS:**

| EPS | PERSONAS AFILIADAS |
|---|---|
| **CAPITAL SALUD** | 61 |
| **FAMISANAR** | 4 |
| **SANITAS** | 1 |
| **NUEVA EPS** | 11 |
| **COMPENSAR** | 3 |

Observaciones luego de la verificación: Enfermera profesional realiza envió de la matriz de listado censal al referente técnico en salud con el objetivo de generar portabilidad y asignación de IPS a la población en atención en relación a la georreferenciación del CIAI en el marco del inicio del convenio de asociación y mantener actualizada la misma con una periodicidad mínima de cada tres meses.

**10. CITAS MÉDICAS:**

| FECHA – MAYO | ESPECIALIDAD | PARTICIPANTE |
|---|---|---|
| 01 | PSIQUIATRIA | 61 PARTICIPANTES DOCTORA ADRIANA LOZADA |
| 02 | ODONTOLOGIA | EDUAR ROJAS |
| 07 | NOTARIA | NELSON GUALDRON PARA TRAMITE DE CEDULA |
| 07 | NUTRICION – MEDICO GENERAL | CINDY CUELLAR |
| 08 | CLINICA HERIDAS | DEIBY GONZALEZ |
| 12 | RESONANCIA MAGNETICA DE CRANEO | WILLIAM BUITRAGO |
| 12 | RX DE TROAX | MARIA STELLA RUIZ |
| 13 | MEDICINA FAMILIAR | EDUAN ALEJANDRO ROJAS |
| 14 | MEDICIAN INTERNA | 9 PARTICIPANTES |
| 15 | TOMA DE LABORATORIOS | 9 PARTICIPANTES |
| 15 | CLINICA DE HERIDAS | DEIBYD GONZALEZ |
| 20 | MEDICINA FAMILIAR | 8 PARTICIPANTES |
| 21 | MEDICINA FAMILIAR | 9 PARTICIPANTES |
| 22 | ECOGRAFIA PELVICA – EKG | SIMON CORREA |
| 22 | ECOGRAFIA PELVICA | ALEXANDRA MARTINEZ |

| | | |
|---|---|---|
| 22 | UROLOGIA | JUAN VARGAS – HECTOR MARTINEZ |
| 22 | OFTALMOLOGIA | WILLIAM CORTES – CESAR FABIAN FORERO |
| 30 | MEDICINA GENERAL | 12 PARTICIPANTES |

Observaciones luego de la verificación: El talento humano del centro se encuentra consolidando la afiliación en salud y asignación de citas médicas de las personas con discapacidad que a la fecha hacen parte del CIAI.

**11. RELACION ORDENES DE SUJECION POR PSIQUIATRIA:**

| NOMBRE DE PERSONA CON DISCAPACIDAD | NOVEDAD |
|---|---|
| | |

Observaciones luego de la verificación: Actualmente no tienen orden de sujeción a ningún participante con discapacidad de la unidad operativa.

**12. ABSORBENTES UTILIZADOS POR LA POBLACION - MIPRESS:**

| NOMBRE PARTICIPANTE | NUMERO DE ABSOBENTES REQUERIDOS | NUMERO DE ABSOBENTES ENTREGADOS POR LA EPS | NOVEDADES |
|---|---|---|---|
| Lopez Cordero Alirio Del Carmen | 120 | 120 | RADICACION |
| Gonzalez Bolivar Deivi Jaime | 120 | 120 | RADICACION |
| Chirva Monroy Jose William | 120 | 120 | RADICACION |
| Zuluaga Ospina Jose Diego | 120 | 120 | RADICACION |
| Vargas Aguirrejuan Felipe | 120 | 120 | RADICACION |
| Camargo Ortega Jhon Jairo | 120 | 120 | RADICACION |
| Ramirez Fernandez Libardo Ariel | 120 | 120 | RADICACION |
| Paredes Ricardo | 120 | 120 | RADICACION |
| Robayo Muñoz Rafael Antonio | 120 | 120 | RADICACION |
| Correa Simon | 120 | 120 | RADICACION |
| Buitrago William | 120 | 120 | RADICACION |
| Cuellar Berrio Cindy Joanna | 120 | 120 | RADICACION |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cupa Hernandez Diana Carolina | 120 | 120 | RADICACION |
| Salamanca Salamanca Flor Angela | 120 | 120 | RADICACION |
| Suavita Arteaga Heidy Johanna | 120 | 120 | RADICACION |
| Unriza Suarez Jennifer Paola | 120 | 120 | RADICACION |
| Rodriguez Lopez Luisa Fernanda | 120 | 120 | RADICACION |
| Benavides Gaitan Leyda Yimena | 120 | 120 | RADICACION |
| Correa Tafur Martha | 120 | 120 | RADICACION |
| Franco Cuesta Martha Patricia | 120 | 120 | RADICACION |
| Ruiz Huertas Maria Stella | 120 | 120 | RADICACION |
| Mendez Torres Mayra Alejandra | 120 | 120 | RADICACION |
| Rozo Millan Martha Doris | 120 | 120 | RADICACION |
| Caballero Reyes Maria Del Carmen | 120 | 120 | RADICACION |
| Moreno Garcia Maria Del Carmen | 120 | 120 | RADICACION |
| Gomez Beltran Sonia Mayerly | 120 | 120 | RADICACION |

Observaciones luego de la verificación: Actualmente los MIPRES de absorbentes se encuentran radicados pendiente entrega por parte e la EPS

**13. ALIMENTACION ENTERAL:** EN LA ACTUALIDAD SE TIENE 0 PARTICIPANTE CON ESTE TIPO DE ALIMENTACION

| NOMBRE DE PERSONA CON DISCAPACIDAD | NUTRICION |
|---|---|
| | |

**14. 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. | 01/05/2025 | PENDIENTE VERIFICACION |
| Plan de atención por Enfermería | 01/05/2025 | PENDIENTE VERIFICACION |
| Guía Farmacológica | 01/05/2025 | PENDIENTE VERIFICACION |

| | | |
|---|---|---|
| Documento Acciones para las buenas Prácticas en la Ejecución de Actividades | 01/05/2025 | PENDIENTE VERIFICACION |
| Documento de acciones preventivas de Mitigación y Prevención del Riesgo de Contagio | 01/05/2025 | PENDIENTE VERIFICACION |
| Documento de Coordinación con el Área de Salud Pública: | 01/05/2025 | PENDIENTE VERIFICACION |

**Observaciones luego de la verificación** Se realizó por parte del operador envió de los documentos el 01 de mayo del presente año donde se encuentra pendiente aval del referente técnico para comenzar con la socialización de los mismo.

15. **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 PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA** |
|---|---|
| **SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA** | SE EVIDENCIA ADECUADAMENTE DILIGENCIADO SIN NINGUNA NOVEDAD EN EL REGISTRO, SE EVIDENCIA REGISTRO DEL MES DE ABRIL, PENDIENTE FIRMA DE LA CORDINADORA RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO |
| **REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD** | SE EVIDENCIA EN LOS REGISTROS NOVEDADES PRESENTADAS CON LA PARTICIPANTE DE FORMA ADECUADA Y DESCRIPTIVA. |
| **ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS** | SE ENCUENTRA AL DIA EN SUS DILIGENCIMIENTO, PERO EN LA CARA 2-2 SE EVIDENCIA ENMENDADURA. EN EL TERCER CUADRO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, REALIZAR AJUSTE |
| **FÓRMULA MÉDICA** | FORMULA 21 04 2025 90 DIAS VIGENTE |
| **RECIPIENTE DE MEDICAMENTOS** | SE ENCUENTRA CAJA CON LEVETIRACETAM QUETIAPINA DE 100 MG CON ORDEN DE DAR 50 MG, TRAZADONA 50 MG |
| **REGISTRO CONSTANTES VITALES** | SE EVIDENCIA REGISTRO HASTA EL 28 DE MAYO PENDIENTE REGISTRO DEL 29 |

| NOMBRE PERSONA CON DISCAPACIDAD | DEIVI JAIME GONZALEZ |
|---|---|
| SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA | SE EVIDENCIA ADECUADAMENTE DILIGENCIADO SIN NINGUNA NOVEDAD EN EL REGISTRO, SE EVIDENCIA REGISTRO DEL MES DE ABRIL, PENDIENTE FIRMA DE LA CORDINADORA RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO |
| REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD | SE EVIDENCIA EN LOS REGISTROS NOVEDADES PRESENTADAS CON LA PARTICIPANTE DE FORMA ADECUADA Y DESCRIPTIVA – PENDIENTE REGISTRO DEL DIA DE HOY TURNO DIA |
| ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | SE ENCUENTRA AL DIA EN SUS DILIGENCIMIENTO |
| FÓRMULA MÉDICA | FORMULA MEDICA 21 DE ABRIL DEL 2025 DE 3 MESES |
| RECIPIENTE DE MEDICAMENTOS | SE EVIDENCIA PEG – LEVOMEPROMAZINA – RISPERIDONA – ESCITALOPRAM – PREGABALINA |
| REGISTRO CONSTANTES VITALES | PARTICIPANTE HOSPITALIZADO |

| NOMBRE PERSONA CON DISCAPACIDAD | NERLSON GUALDRON |
|---|---|
| SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA | SE ENCUENTRA EN CONSTRUCCION POR PARTE DE LA ENFERMERA PROFESIONAL |
| REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD | SE EVIDENCIA EN LOS REGISTROS NOVEDADES PRESENTADAS CON LA PARTICIPANTE DE FORMA ADECUADA Y DESCRIPTIVA – PENDIENTE REGISTRO DEL DIA DE HOY TURNO DIA |
| ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | SE ENCUENTRA AL DIA EN SUS DILIGENCIMIENTO |
| FÓRMULA MÉDICA | FORMULA DEL 21 DE ABRIL DEL 2025 POR 3 MESES |
| RECIPIENTE DE MEDICAMENTOS | SE ENCUENTRA ACIDO VALPROICO EN CAPSULA RISPEIRODNA Y OLANZAPINA DE 10 MG |
| REGISTRO CONSTANTES VITALES | PARTICIPANTE HOSPITALIZADO |

**NOVEDAD FORMATO DE COSNTANTES VITALES**

- **DANIELA BERNAL**: Se evidencia que registra primero la fecha y la firma, pero no registra las constantes en los formatos asignados, adicional en los participantes Nubia Duarte y Ricardo Yopasa deja espacios en la fecha del 27 tarde donde se evidencia el espacio hasta la fecha.

**Observaciones luego de la verificación:** Se debe generar el diligenciamiento de los formatos de manera simultánea con la atención de las personas con discapacidad y la formula medica vigente de la especialidad que lidera el tratamiento de la persona de acuerdo a sus patologías de base, se evidencian novedades en los registros anteriormente evidenciados.

**15.1 VERIFICACION ADECUADO Y OPORTUNO DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DEL PROGRAMA;** FORMATO DE INGRESO DE MEDICAMENTOS, SE EVIDENCIAN DIVERSOS ESPAIOS EN BLANCO

| NOMBRE PERSONA CON DISCAPACIDAD | SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA | REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | FÓRMULA MÉDICA | RECIPIENTE DE MEDICAMENTOS | REGISTRO CONSTANTES VITALES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**Observaciones luego de la verificación:** Se evidencia adecuadamente implementados, sin ninguna novedad.

**16. 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 | Se realiza verificación aleatoria de los elementos que componen el botiquín observando suficiencia del elemento. |
| **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. | 2 unidades durante todo el convenio | 1 | Se realiza verificación aleatoria de los elementos que componen el botiquín observando suficiencia del elemento. |
| **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 | 1 unidad durante todo el convenio | 1 | Sin observaciones |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | almacenamiento bajo llave de los medicamentos de control. | | | |
| **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 |
| **Contenedores plásticos con tapa para el almacenamiento individual de medicamentos** | Contenedores plásticos Contenedores plásticos con tapa para el almacenamiento individual de medicamentos con medidas de 17cm X 8cm X 4.5 cm como mínimo. | 1 unidad por participante durante todo el convenio | Se cuenta con contenedores para la totalidad de pcd en atención., pero en diferentes edidas | Sin observaciones |
| **Fonendoscopio genérico para adulto** | Fonendoscopio genérico para adulto. | 2 unidades durante todo el convenio | 2 | |
| **Tensiómetro genérico para adulto Portátil** | Tensiómetro VER CRITERIOS TÉCNICOS DEL ELEMENTO VIABILIZADO | 2 unidades durante todo el convenio | 2 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pulsioxímetro pantalla LED** | Pulsioxímetro con SpO2 | 2 unidades durante todo el convenio | 2 | |
| **Termómetro Clínico Digital para adulto** | Termómetro Clínico Digital para adulto VER CRITERIOS TÉCNICOS DEL ELEMENTO VIABILIZADO | 6 unidades durante todo el convenio | 6 | |
| **Guantes de látex caja x 100** | GUANTES A*RESISTENTES,CON POLVO, HIPOALERGÉNICOS, COLOR BLANCO CAJA X 100 UNIDADES TALLA S Y M | 10 cajas mensuales Para apoyos extensos y generalizados. 6 cajas mensuales Para apoyos limitados e intermitentes. | Se cuenta disponibilidad del insumo al interior del servicio | Sin observaciones |
| **Jabón liquido antibacterial 3.800 ml** | JABÓN LIQUIDO humectante con avena y germen de trigo - no antibacterial - biodegradable. contenido mínimo 4000 ml, presentación envase plástico. | 1 unidad mensual | Se cuenta disponibilidad del insumo al interior del servicio | Sin observaciones |
| **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. | 10 cajas mensuales para lotes de apoyos extensos generalizados. / 3 cajas mensuales para lotes de apoyos limitados intermitentes. | Se cuenta disponibilidad del insumo al interior del servicio | Sin observaciones |
| **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 | 7 paquetes mensuales | Se cuenta disponibilidad del insumo al interior del servicio | Sin observaciones |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Bolsa roja con rotulo impreso en la bolsa** | BOLSA ROJA 90*100 X 20 UNIDADES | Por evento máximo 6 unidades mensual | No se hace uso del elemento-0 | Sin observaciones |
| **Radiografía Panorámica** | Radiografía Panorámica | 5 durante todo el convenio | No se hace uso del elemento | Sin observaciones |

Observaciones luego de la verificación: Sin observaciones

**16.1 VERIFICACION DE FORMATO SEGUIMIENTO A ELEMENTOS DE BOTIQUINES TIPO A Y B SEGÚN LO CONTEMPLADO EN LA SABANA DE ELEMENTOS Y ESTIPULADO EN LA RESOLUCION 705 DE 2007:**

**ELEMENTOS QUE DEBE CONTENER EL 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:** Sin observaciones

**ELEMENTOS QUE DEBE CONTENER EL 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 | 2 |
| 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 | 0 |
| 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 | 2 |
| 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:** Sin observaciones

Durante la visita se observa a los participantes divididos por grupos; acompañados por talento humano profesional y auxiliar en enfermería, se identifica a la en adecuado estado general físico y mental. Se evidencia la novedad que la operaria de servicios generales Luz Stella Rodríguez se encuentra el día de hoy de manipuladora de alimentos y la señora Luz Ángela Rodríguez se encuentra con calamidad familiar, la Señora Luz Stella Rodríguez esta contratada en el perfil de servicios generales, al momento de ingresar a verificar el talento humano de cocina se evidencia que la Señora Luz Stella Ingresa a la Cocina área de preparación de alimentos con uniforme de Servicios generales (Café claro), tecnólogo de alimentos informa que ella está haciendo un apoyo pero en ese momento no me informan de ninguna calamidad de la otra manipuladora de alimentos, solo hasta realizar el conteo en el área de cuidados para la salud, se realiza comunicación telefónica con Manuel Santamaria manifestando la novedad encontrada. Se realiza verificación de la sabana de elementos del componente salud en la cual se observan los elementos completos. Se evidencia que el centro integrarte tiene asignadas dos auxiliares administrativas donde según el anexo técnico tienen dos asignadas descubriendo la atención de los participantes con la auxiliar adicional en actividades administrativas en Bogotá, tienen pendiente completar el talento humano de auxiliares de enfermería durante la visita se evidencian 13 auxiliares de enfermería donde tienen pendiente tres en la secuencia correspondiente, durante el recorrido se evidencian colchones que van a dar de baja en el espacio de lavandería donde se evidencian mojadas siendo un vector

para enfermedades, se evidencia en el baño de casa cuatro se encuentra sin gua y una caneca dañada la tapa, la cama del participante José de cada cuatro sin colchón, adicional en el área de lavandería se evidencia una manguera de las lavadoras que está conectada de manera poco convencional a una caja de aguas negras generando un vector para enfermedades, todo lo anterior se socializa con Manuel Santamaria de manera telefónica Se socializa a la coordinación las observaciones encontradas.

| **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 29 de Mayo del 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 29 de Mayo del 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 está incumpliendo con lo dispuesto en a la obligación. | Acta visita 29 de Mayo del 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 29 de Mayo del 2025 |
| **OBLIGACIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | 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. |
| | **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 | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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. | |
| **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 como el talento humano, garantizó que la atención de las personas con discapacidad, estuviera libre de acciones, omisiones o situaciones que lleve implícito cualquier tipo de violencia (física y psicológica), entre otras. | Acta visita 29 de Mayo del 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, garantizó 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 29 de Mayo del 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 | | | | |
| 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 en el marco del convenio de asociación se cuentan con la totalidad de elementos contemplados en la sabana de elementos. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CUIDADO INCLUSIVO PARA LA SALUD** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| 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 en el marco del convenio de asociación se contó con el acompañamiento del referente técnico del programa Jair Mateus quien genero direccionamiento técnico en lo relacionado con la adecuada implementación del programa y el adecuado y oportuno diligenciamiento de los formatos del programa. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| Cargar al drive dispuesto desde el programa de acciones preventivas y cuidado inclusivo para la salud finalizado el primer mes de ejecución | **X** | | Durante la visita, se pudo evidenciar que en el marco del convenio de asociación los documentos solicitados en el anexo técnico desde el programa de acciones preventivas se realizaro él envió al referente técnico pendiente aval de los mismo para socialización. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (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, Documento Guía Farmacológica, Documento acciones para las Buenas Prácticas en la Ejecución de Actividades de Cuidado, Documento de acciones preventivas de Mitigación y Prevención del Riesgo de Contagio desde enfermería, Diligenciamiento y actualización periódica trimestral de la Matriz de listado Censal, documento de acciones preventivas de mitigación y prevención del riesgo de contagio de enfermedades infectocontagiosas, 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 29 de Mayo del 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 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. | X | | Durante la visita se evidencio que el asociado realizo el reporte de la información solicitada de manera física en 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 29 de Mayo del 2025 |
| **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 | | X | Durante la visita, se pudo evidenciar que en el marco del convenio de asociación el asociado no cuenta con la totalidad de perfiles solicitados en el anexo técnico para la atención de la población. Secundario a lo antes mencionado se deja la obligación a mejorar. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| modalidad; durante la ejecución del convenio de asociación. | | | | |
| Asegurar que los fines de semana, incluyendo los días festivos, el Centro Integrarte cuente con los auxiliares de 10 CLAUSULADO CONVENIO DE ASOCIACION DECRETO 092/2017 NÚMERO DEL CONVENIO: 7509-2025 enfermería, de servicios generales, manipulador de alimentos, y la cantidad de profesionales, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico. | | **X** | Durante la visita, se pudo evidenciar que en el marco del convenio de asociación el asociado no cuenta con la totalidad de perfiles solicitados en el anexo técnico para la atención de la población. Secundario a lo antes mencionado se deja la obligación a mejorar. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON 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, incluyendo el cuidado, mantenimiento y reparaciones de dicho espacio en donde se desarrolla el servicio, así como el encerramiento del centro. | **X** | | Durante el recorrido a las instalaciones del CIAI, se observa la unidad operativa en condiciones de seguridad, limpieza, pulcritud, higiene, desinfección, asepsia. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON GESTION AMBENTAL** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| | | | | |
| | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |

| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL COMPONENTE DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN** | **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 se encuentran la totalidad de los elementos del botiquín tipo A - B y otros elementos que deben estar ubicados en el área de primeros auxilios, los cuales hacen parte de la sabana de elementos contemplada para la implementación del programa de acciones de cuidado a la salud | Acta visita 29 de Mayo del 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** | No se observan contratados la totalidad de perfiles de talento humano indicado en el anexo técnico por lote. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| **Espacio físico funcional (instalaciones)** | **X** | | Identificado cada uno de los espacios y registrados en las observaciones de recorrido | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| **Bienes consumibles (elementos de entrega mensual)** | **X** | | Dotación área de cuidado a la salud:<br>-Caja de tapabocas<br>-Bidón jabón antibacterial<br>-Toallas de papel desechables<br>-Caja de guantes estériles | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| **Desgaste y uso de los bienes muebles No consumibles** | **X** | | Cuentan con los siguientes elementos de la sabana de elementos<br>Área de cuidado a la salud: 1 Tensiómetros - 1 Fonendoscopio – 2 Pulsoximetros pantalla LED con SpO2, PR – 6 Termómetros Clínico Digital para adulto<br>1 Camilla fija con Barandas, colchoneta de fácil limpieza y desinfección<br>1 Tablero acrílico borrable marco en aluminio 1.60 x 1.20<br>1 Vitrina mostrador en aluminio de 120 cm vitrinas con entrepaño variables, para almacenamiento de medicamentos,<br>80 Contenedores plásticos con tapa para el almacenamiento individual de medicamentos. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| **Transporte** | **X** | | El centro presenta para transportar a los participantes ruta de acuerdo a lo establecido en el anexo técnico del presente convenio de asociación. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Vigilancia** | **X** | | Al ingreso a las instalaciones del operador se identifica servicio de vigilancia con empresa privada | Acta visita 29 de Mayo del 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 29 de Mayo del 2025 |
| **COSTOS VARIABLES:** | | | | |
| Alimentos (Incluye desayuno, nueves, almuerzo, onces y comida) | **X** | | Acorde al momento verificado se identificó los alimentos para los 80 participantes que se encuentran en el centro- tipo de alimento verificado – almuerzo. | Acta visita 29 de Mayo del 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 29 de Mayo del 2025 |
| Elementos de aseo personal (elementos de entrega mensual) | **X** | | cuenta con disponibilidad y suficiencia de los elementos de aseo personal para la totalidad de las personas con discapacidad. | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| **COSTOS POR REALIZACIÓN:** | | | | |
| Elementos de aseo personal (elementos para toda la ejecución del convenio) | **X** | | Acorde al recorrido se identifica en uso los siguientes elementos:<br>- Cortaúñas y máquinas de afeitar ubicadas en el área de cuidado a la salud y baños de habitaciones de cada uno de los participantes<br>- En el kit de aseo individualizado y marcado | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |
| Bienes consumibles (elementos para toda la ejecución del convenio) | **X** | | Acorde al recorrido se identifica en uso y para el desarrollo de las actividades:<br>-Área de cuidado a la salud<br>---Botiquín tipo A - fijo botiquín de primeros auxilios<br>--- Botiquín tipo B - Botiquín de primeros auxilios | Acta visita 29 de Mayo del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Radiografía panorámica | N/A | N/A | Costo no verificado en la presente visita. | N/A |

**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. En el marco del inicio del convenio de asociación está pendiente realizar la contratación de la totalidad de perfiles requeridos en el anexo técnico del presente convenio de asociación. | |
| **OBSERVACIONES** | |
| EL ASOCIADO NO PRESENTA OBSERVACIONES PARA LA PRESENTE ACTA | |
| **6. ACCIONES POR MEJORAR COMO RESULTADO DE LA VISITA** | |
| **ACCIONES POR MEJORAR** | **PLAZO** |
| Realizar el ajuste correspondiente a las novedades encontradas. | .5 DIAS |
| **¿EL ASOCIADO DIO CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA Y PLAZOS ACORDADOS EN LA VISITA ANTERIOR?**<br><br>**FECHA DE LA ULTIMA VISITA: 29/04/2025**<br><br>**SI X ❑** **NO ❑** | **REGISTRE EL SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA:** Realizar el ajuste correspondiente a las novedades encontradas |

| | |
|---|---|
| **NOMBRE(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | 1. Alexandra Quiceno |
| **FIRMA(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | 1. Ver listado de asistencia |
| **CARGO(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | 1. Enfermera Profesional |

| | |
|---|---|
| **NOMBRE(S) PROFESIONAL(ES) DE APOYO A LA SUPERVISIÓN** | **1.** Angie Lizeth Legarda |
| **FIRMA(S) PROFESIONAL(ES) DE APOYO A LA SUPERVISIÓN** | **1.** Ver listado de asistencia |

| | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: FOR-GD-023 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA | Versión: 2 |
| | | Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024 |
| | | Página: 1 de 1 |

1. Tema: Visita Seguimiento Calidad Operativa 2. Lugar o Localidad o Sede: CIAI Grupo 11 3. Fecha y hora: 29/05/2025 11:00am

4. Nombre responsable: Angie Legoda 5. Dependencia responsable: Sub Dperacional

| 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 | Gineth Pinzon | CC | 1088594359 | CIAI GRUPO II | AUX enfermería | No aplica | ginethpinzon@gmail.com | 3219977785 | Gineth Pinzón M. |
| 2 | Alexandra Quiceno | CC | 1017476225 | CIAI Grupo II | Enfermera | No aplica | alexandraquiceno@hotmail.com | 3126200277 | Alexandra Quiceno C. |
| 3 | Angie Legoda | CC | 1073961044 | SDIS | Profesional enfermería | Contratista | angielegoda@gmail.com | 3176784780 | Angie Legoda. |
| 4 | Adriana Miranda B. | CC | 1010226269 | CIAI Grupo 11 | Coordinadora | No aplica | ckdly1173680@gmail.com | 3135571370 | |
| 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

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