| 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** | KARINA RIVEROS NATHALIE CUERVO |
| **CARGO** | AUXILIAR ENFERMERÍA FISOTERAPEUTA |
| **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** | Zareth Torres |
| **No DE CELULAR** | 3053700953 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CORREO ELECTRONICO** | sztorresa@sdis.gov.co | | |
| **4. DATOS GENERALES DE LA VISITA** | | | |
| **FECHA DE LA VISITA** | 270922025 | **HORA DE INICIO DE LA VISITA:** 09:35 | **HORA FINAL DE LA VISITA:** |
| **COBERTURA CONTRATADA PARA EL CENTRO** | **80** | **ASISTENCIA EVIDENCIADA DURANTE LA VISITA** | |

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.
.Asistencias participantes:64

1. Participantes en atención: 78
2. Cupo disponible: 2
3. Medio familiar: 1 - Eduan Rojas estuvo en medio familiar desde el 12092025 hasta el 26092025.

4. Participantes no presentes durante la visita: 12 PCD se encuentran en intervención de salud colectiva en acompañamiento con profesional de trabajo social Marcela Bolívar y auxiliar de enfermería Carolina Mancera en alianza con ESPECIAL OLIMPICS para valoración de medicina general, higiene oral y fisiatría.

5. Hospitalizado:
    a. Samuel Lizarazo: desde el 24092025 por urgencia psiquiatría en Hospital Pedro León Álvarez está a espera de valoración por psiquiatría por parte de DRA. Aldana para ajuste farmacológico a espera de proceso de remisión. En acompañamiento con auxiliar Jennifer Ramírez.
    Se verifica correcto registro en drive de hospitalizaciones así como reporte de novedad por correo electrónico en tiempos establecidos por anexo técnico. NO se observa toma de constantes vitales para el día 24/09/202. Sin registro en formato de actividades de cuidado a la salud del 25092025. Hay unsalto de fechas en registro (del 24 al 26). Se observa registro de administración de medicamentos para turno tarde pese a que PCD ya se encontraba en medio hospitalario.
    b. Víctor Gúzman, desde el 14092025 por agitación psicomotora y conducta heroagresivas y autoagresivas. En Hospital de Fontibón.
    Se verifica correcto registro en drive de hospitalizaciones así como reporte de novedad por correo electrónico en tiempos establecidos por anexo técnico. Se verifica correcta implementación de formatos de cuidado a la salud. Se evidencia novedad en vigencia de fórmula de hidróxido de aluminio y esomeprazol. Se realiza verificación de ingreso de medicamentos y disponibilidad en dispensador. CIAI reporta que proveedor farmacéutico no realiza entrega total de cantidad prescrita para el mes por forma de presentación. Se indica informar al médico tratante la novedad para que realice formulación extra.

Para el caso de las novedades con PCD se reitera que el reporte debe realizarse de manera oportuna dentro de las primeras 4 horas de presentada la novedad en salud. Teniendo en cuenta esto, se evidencia novedades en la oportunidad de los reportes iniciales.

- Con el fin de verificar el seguimiento y acceso oportuno a necesidades en salud de las y los PCD se indaga sobre las ayudas técnicas que se tienen y su procedencia teniendo en cuenta diagnósticos. En ese sentido, se identifica a la siguiente población con el uso de sillas de ruedas:
  - Adriana Rey – prestada FMCH
  - Arvey Vargas – prestada FMCH
  - Jennifer Urinza- ayudas técnicas
  - Alirio López – prestada FMCH
  - Leida Benavides - se presume propia verificar condiciones
  - Ediberto Ramirez- silla propia verificar condiciones
  - José Luis Chirva: Silla propia verificar condiciones
  - Heidy Suavita: silla propia verificar condiciones

Nota: Teniendo en cuenta la identificación de procedencia de ayuda técnica y condiciones de las mismas, se solicita al CIAI realizar todas las acciones correspondientes en salud necesarias para garantizar orden – prescripción de silla de ruedas por parte de sector salud. Se indica ruta que deben iniciar para valoración por médico tratante especialista correspondiente. CIAI reporta ordenes de fisiatría pero con novedad en cambio de subred.

Absorbentes: No se presentan novedades frente a la dispensación de absorbentes. Proveedor farmacéutico realiza entrega para mes de julio y agosto.

**Acceso a medicamentos: Se logra evidenciar cumplimiento de línea técnica para subsanación de estos. El CIAI realiza envío de reporte de pendientes Así mis valida información enviada por proveedor farmacéutico sobre la gestión a cada pendiente generado. Se realiza solicitud a Capital Salud para aclaración de no disponibilidad en ningún laboratorio para el caso de la Clozapina.**

**7. ASISTENCIA TALENTO HUMANO:**

| Cargo | Cantidad Solicitada | Cantidad Evidenciada | Nombre | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| **Coordinador-a de Centro** | 1 | 1 | ADRINANA MIRANDA | NO CORRESPONDE TURNO |
| **Psicóloga-o** | 2 | 1 | RAFAEL CANTILLO | No corresponde turno |
| | | 1 | GERALDIN PUENTES | No corresponde turno |
| **Trabajadora Social** | 2 | 1 | CHTINA MARCELA BOLIVAR | EN SALIDA EXTRAMURAL SALUD |
| | | 1 | ELIANA MARCELA IRIARTE | No corresponde turno |
| **Terapeuta Ocupacional** | 1 | 1 | ANGELICA LABRADOR | No corresponde turno |
| **Educador Físico-a** | 1 | 1 | JOSE CAMILO BONILLA CARVAJAL | No corresponde turno |
| **Fisioterapeuta-a** | 2 | 1 | LORENA MONTOYA | No corresponde turno |
| | | 1 | NATHALIA CUERVO | ATIENDE VISITA |
| **Fonoaudiólogo-a** | 2 | 1 | MARIA ANGELICA GUERRERO | En unidad |
| | | 1 | ZURYS ZADAY MENDEZ | No corresponde turno |
| **Profesional en enfermería** | 1 | 1 | ALEXANDRA QUISANO | NO CORRESPONDE TURNO |
| **Nutricionista** | 1 | 1 | JULIANA LEON | NO CORRESPONDE TURNO |
| **Tecnólogo Alimentos** | 1 | 1 | DIEGO ALEJANDRO ACEVEDO | ---------- |
| **Auxiliar de enfermería** | | 16 | INGRID GUTIERREZ | |
| | | | VICTOR VALERO | |
| | | | JOSE AVELLANEDA | |
| | | | MAYELIN PRIETO | |
| | | | JINETH GARCIA | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | PATRICIA TORRES | |
| | | | KARINA RIVEROS | |
| | | | SANDRA BATANERO | |
| | | | ROCIO GARAVITO | |
| | | | CAROLINA MANCERA – SALIDA BRIGADA | |
| | | | JENNIFER RAMIREZ – MEDIO HOSPITALARIO | |
| | | | LORENA DIAZ – SALIDA BRIGADA | |
| | | | CAAROLINA SEGURA – PERMISO CALAMIDAD DOMESTICO CON SALIDA A 7.50 AM | |
| | | | JOHANA RETAVISCA | PERMISO |
| | | | LINA MARIA MORENO | NO ASISTE A UNIDAD |
| | | | ANGIE VERA | NO ASISTE A UNIDAD |
| **Tallerista** | **1** | 1 | MARIO RIVEROS | No corresponde turno |
| **Designado documental** | **1** | 1 | MONICA RAMIREZ | No corresponde turno |
| **Nutricionista** | **1** | 0 | JULIANA LEON | No corresponde turno |
| **Técnico Ambiental** | **1** | 1 | NATALIA PEÑA | No corresponde turno |
| **Tecnólogo de Alimentos** | **1** | 1 | DIEGO ACEVEDO | No corresponde turno |
| **Manipuladores de alimentos** | **6** | 1 | CLARA PATRICIA SOLANO | COMPENSATORIO |
| | | 1 | YAMILE SALCEDO | Servicio De Comedor - Servido De Los Alimentos. |
| | | 1 | NORA RODRIGUEZ | Servicio De Comedor - Servido De Los Alimentos |
| | | 0 | LUZ STELLA RODRIGUEZ ROA | No corresponde turno. |
| | | 0 | ASTRID LORENA GARZON | No corresponde turno. |
| | | 0 | LUZ CASTILLO | No corresponde turno. |
| **Servicios generales** | **5** | 0 | MARY ANDREA CARVAJAL | No corresponde turno |
| | | 0 | DIANA MOLINA | En el momento de la visita se evidencia realizando actividades de limpieza en la unidad |
| | | 1 | MARIA TERESA MOLINA | No corresponde turno |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1 | OMAIRA MORENO | Se encuentra realizando actividades de aseo, limpieza y arreglos del centro. |
| | | 1 | LUZ ANGELA | Se encuentra realizando actividades de aseo, limpieza y arreglos del centro. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1 | LUZ ANGELA RODRIGUEZ | No corresponde turno |
| | | | LUZ MARY CASTILLO | No corresponde turno |

**Observaciones luego de la verificación del Talento Humano del CIAI**: Las anteriormente mencionadas

**8. VERIFICACION CICLO MENU:NO VERIFICADO**

| Observaciones del ciclo menú en el tiempo de ALMUERZO | Ciclo Menú establecido en la minuta de la entidad | Ciclo menú suministrado |
|---|---|---|
| CEREAL<br>VERDURA O ENSALADA<br>TUBERCULO O PLATANO<br><br>SOPA O CREMA<br>BEBIDA DE FRUTA | CARNE , ARROZ VERDE, ENSALADA LECHUGA PEPINO TMATE VINAGRE Y YUCA ASADA . SOPA DE AHUYAMA. | CARNE , ARROZ VERDE, ENSALADA LECHUGA PEPINO TMATE VINAGRE Y YUCA ASADA . SOPA DE AHUYAMA. |

**Observaciones luego de la verificación del Ciclo Menú:** Tiempo de comida verificado ALMUERZO

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

Con relación al cumplimiento de obligaciones correspondientes al componente de salud, se realiza seguimiento a las acciones que debe realizar la unidad operativa para garantizar:

- Obligación 1. Gestionar y articular de manera oportuna acciones para el acceso a los servicios de salud que requiera la población (…).
  En ese sentido,
  - Con relación al **Aseguramiento en salud,** se verifica la siguiente distribución de aseguramiento**: Los cambios de distribución de población en EPS corresponde a procesos de traslado realizados.**

| EPS | PERSONAS AFILIADAS |
|---|---|
| **CAPITAL SALUD** | 60 |
| **FAMISANAR** | 4 |
| **SANITAS** | 1 |
| **NUEVA EPS** | 10 |
| **COMPENSAR** | 3 |

Observaciones

- Con relación al acceso a **citas médicas** la unidad operativa, para le mes de julio, reporta:

| FECHA – SEPTIEMRE | ESPECIALIDAD | PARTICIPANTE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 04 | ODONTOLOGÍA | 13 PCD | HIGIENE ORAL |
| 11 | OTRORRINOLARINGOLOGIA | HAMMER MORENO | ORDENAN EXAMEN EN OIDO |
| 12 | MEDICO GENREAL | CINDY CUELLAR | ORDENES Y MIPRES PANALES |
| 25 | PSIQUIATRÍA | 12 PCD | REFORMULACIÓN |
| 09 | Medicina General<br>TOMA DE LABORATORIOS<br>electroencefalograma | RONAL GARCIA<br>11 PCD<br>LEONOR GUZMAN | ORDEN NEURO PSIQUIATÍRA |

Observaciones luego de la verificación:

Se solicita realizar seguimiento a los rx de rodillas comparativas de Jarley Toro – Se la toman el 08/09/2025

Aplicación de toxina Botulínico Edilberto. Se solicita enviar correo para gestión de cita de aplicación.

Se reitera a la unidad operativa dar lectura de las historias clínicas y ordenes médicas de manera completa para realizar todas las gestiones correspondientes a imágenes diagnósticas, laboratorios o interconsultas que un especialista pueda ordenar.

**DOCUMENTOS A GENERAR Y SOCIALIZAR DESDE EL 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 verificó que la profesional de enfermería realizó las socializaciones correspondientes a los documentos del programa, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico. Sin embargo, el CIAI reporta que aún se encuentran pendientes de aval por parte de Referente Técnico en salud.

En ese sentido, se reitera que la 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.

| 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 | AVAL GENERADO EL 26082025<br>RIESGO DE CAIDA -26082025 |
| Plan de atención por Enfermería | 01/05/2025 | AVAL GENERADO EL 26082025 |
| Guía Farmacológica | 01/05/2025 | AVAL GENERADO EL 26082025 |
| Documento Acciones para las buenas Prácticas en la Ejecución de Actividades | 01/05/2025 | AVAL GENERADO EL 26082025<br>NO ES OBJETO DE VERIFICACIÓN |
| Documento de acciones preventivas de Mitigación y Prevención del Riesgo de Contagio | 01/05/2025 | AVAL GENERADO EL 26082025 |
| Documento de Coordinación con el Área de Salud Pública: | 01/05/2025 | SIN AVAL. SUBSANACION PARA EL 29 DE AGOSTO POR REFERENTE TECNICO EN SALUD. NO OBJETO DE VERIFICACIÓN |

**Observaciones luego de la verificación** Profesional de enfermería realiza cronograma de las socializaciones correspondientes al talento humano con el fin de dar cumplimiento al anexo técnico con la periodicidad que corresponde. POR TIEMPOS DE VISITA NO ES OBJETO DE VERIFICACIÓN SOPORTES DE SOCIALLIZACIONES.

**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** | **ALIRIO DEL CARMEN MORENO** |
|---|---|
| **SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA** | SIN NOVEDAD |
| **REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD** | SIN NOVEDAD |
| **ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS** | SIN NOVEDAD |
| **FÓRMULA MÉDICA** | Formula medica vigente |
| **RECIPIENTE DE MEDICAMENTOS** | Se evidencia existencia de medicamentos según orden de tratamiento farmacológico. |
| **REGISTRO CONSTANTES VITALES** | No objeto de verificación |
| **OBSERVACIONES** | En HC SE OBSERVA INTERCONSULTA DE MEDICINA INTERNA. SS GESTION.. REGISTRO DE DEPOSICIÓN DEBE QUEDAR EN FORMATO DE REGISTRO DIARIO. |

| **NOMBRE PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **PEDRO IGNACIO TELLEZ** |
|---|---|
| **SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA** | SIN NOVEDAD |
| **REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD** | SIN NOVEDAD |
| **ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS** | SIN NOVEDAD |
| **FÓRMULA MÉDICA** | Vigente |
| **RECIPIENTE DE MEDICAMENTOS** | SIN NOVEDAD |
| **REGISTRO CONSTANTES VITALES** | SIN NOVEDAD |

| NOMBRE PERSONA CON DISCAPACIDAD | SIMON CORREA |
|---|---|
| SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA | SIN NOVEDAD |
| REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD | SIN NOVEDAD |
| ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | SIN NOVEDAD |
| FÓRMULA MÉDICA | Vigente Y VENCIDA (LEVOTIROXINA) |
| RECIPIENTE DE MEDICAMENTOS | SIN NOVEDAD |
| REGISTRO CONSTANTES VITALES | SIN NOVEDAD |

Posterior a la revisión aleatoria de formatos no se evidencia novedades relacionadas con el diligenciamiento de los mismos. De igual forma se realiza verificación del formato de ingreso de medicamentos evidenciando. Se coteja información con proveedor farmacéutico y se observa novedad que CIAI presenta novedad en ingreso de medicamentos como consecuencia de paro en la zona lo que impidió el ingreso en fechas oportunas del mismo a la unidad operativa. Se sugiere que ante una eventualidad de estas que altere el cumplimiento de línea técnica debe ser notificado de manera inmediata vía correo electrónico.

**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 INSUFICIENCIA 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.NO OBJETO DE VERIFICACIÓN POR USO EN BRIGADA SALUD FUERA DE CIAI |
| **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 |
| **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 | 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 | 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 | 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

**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 | 0 |
| 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 | 1 |
| 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 REALIZA REVISIÓN ALEATORIA DE ALGUNOS ELEMENTO SDEL BOTIQUIN Y SE ENCUENTRA NOVEDAD. SE INFORMA DESCUENTO.

**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 | No se verifica | 1 | 1 |
| PILAS DE REPUESTO | Par | 4 | 2 |
| TABLA ESPINAL LARGA | Unidad | 1 | 1 |
| COLLAR CERVICAL ADULTO | Unidad | 2 | 2 |
| COLLAR CERVICAL NIÑO | Njo se verifica | 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 | 1 |
| ASA TABLETAS POR 100 mg | Sobre por 10 | 1 | 1 |
| ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP | Unidad | 2 | 2 |
| **TOTAL** | | **59** | **58** |

**Observaciones luego de la verificación de los elementos del Botiquín Tipo B:** NO SE VERIFICA PORQUE ELEMENTO ESTÁ EN USO EN BRIGADA DE SALUD FUERA DE CIAI.

No se evidencian novedades respecto al la implementación de los formatos correspondientes al componente de salud. Sin embargo, se observan que el CIAI, en historias sociales no se cucenta con registros físicos de seguimientos hospitalarios. En drive ok registro.

Se solicita priorizar acciones oportunas para la ruta en salud que requieren las PCD con ayudas técnicas. Así mismos se solicita que, en caso de persistencia de pendientes de medicación se debe enviar correo electrónico con reporte respectivo.

Se solicita completar botiquín Tipo A de acuerdo a novedades evidenciadas.

Se solicita realizar reporte a profesional de seguimiento a a la calidad operativa del componente administrativo sobre novedad de talento humano. NOVEDAD DE URGENCIA PSIQUIATRICA DURANTE VISITA DE MARTHA CORREA TAFUR . TRASLADADA A MEDIO HOSPITALARIO.

| 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 27092025 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 27092025 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 27092025 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 27092025 del 2025 |
| **OBLIGACIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS**. |
| | **SI** | **NO** | | |
| Garantizar durante la ejecución del convenio de asociación, lo señalado en | **NA** | NA | Durante la visita no se realiza verificación de acceso a cámaras | Acta visita 27092025 del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| el numeral 7 del anexo técnico, referente a Medios Tecnológicos. | | | | |
| **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 27092025 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 27092025 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 no se cuenta con la totalidad de elementos contemplados en la sabana de elementos. | Acta visita 27092025 del 2025 |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CUIDADO INCLUSIVO PARA LA SALUD** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | **EVIDENCIAS** |
| | **SI** | **NO** | | |
| Gestionar y articular de manera oportuna acciones 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 de las personas con discapacidad, con el fin de apoyar a los sistemas familiares en dichos procesos. | **X** | | El asociado realiza acciones de manera oportuna para el acceso y obtención de medicamentos para la población objeto de verificación. | Acta visita 27092025 del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 presentaron novedades en el registro y diligenciamientos de los formatos del programa de acciones preventivas y cuidado inclusivo para la salud. No Se da cumplimiento al instructivo de diligenciamiento y las especificidades del anexo. | Acta visita 27092025 del 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, 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). | **X** | | El asociado realiza las socializaciones correspondientes de los documentos propios del programa de cuidado a la salud en los formatos específicos para tal fin. | Acta visita 27092025 del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 evidenció 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 27092025 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 evidenció 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 27092025 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** | El asociado NO cuenta con la totalidad de perfiles solicitados en el anexo técnico para la atención de la población. | Acta visita 27092025 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** | El asociado NO cuenta con la totalidad de perfiles solicitados en el anexo técnico para la atención de la población EN TURNO FDS | Acta visita 27092025 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 27092025 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 no se encuentran la totalidad de los elementos del botiquín tipo A 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 27092025 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** | Da cumplimiento | Acta visita 27092025 del 2025 |
| **Espacio físico funcional (instalaciones)** | **X** | | Identificado cada uno de los espacios y registrados en las observaciones de recorrido | Acta visita 27092025 del 2025 |
| **Bienes consumibles (elementos de entrega mensual)** | | **X** | Dotación área de cuidado a la salud:<br><br>-Caja de tapabocas – NO SE CUENTA CON ELEMENTO EN ÁREA DE SALUD<br><br>-Bidón jabón antibacterial<br><br>-Toallas de papel desechables<br><br>-Caja de guantes estériles | Acta visita 27092025 del 2025 |
| **Desgaste y uso de los bienes muebles No consumibles** | **X** | | Cuentan con los siguientes elementos de la sabana de elementos<br><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><br>1 Camilla fija con Barandas, colchoneta de fácil limpieza y desinfección<br><br>1 Tablero acrílico borrable marco en aluminio 1.60 x 1.20<br><br>1 Vitrina mostrador en aluminio de 120 cm vitrinas con entrepaño variables, para almacenamiento de medicamentos,<br><br>80 Contenedores plásticos con tapa para el almacenamiento individual de medicamentos. | Acta visita 27092025 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 27092025 del 2025 |
| **Vigilancia** | **X** | | Al ingreso a las instalaciones del operador se identifica servicio de vigilancia con empresa privada | Acta visita 27092025 del 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Medios tecnológicos** | **X** | | NO OBJETO DE VERIFICACIÓN | Acta visita 27092025 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 27092025 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 27092025 del 2025 |
| Elementos de aseo personal (elementos de entrega mensual) | **NA** | NA | NO OBJETO DE VERIFICACIÓN | Acta visita 27092025 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 | Acta visita 27092025 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 pendiente algunos insumos del mismo | Acta visita 27092025 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** | |
|---|---|
| Es necesario completar elementos de la sabana de elementos correspondientes al botiquín Y PROPIAS DEL ÁREA DE CUIDADO A LA SALUD (TAPABOCAS) Se presentan novedades en la implementación del programa de acciones de cuidado para la salud. Única novedad evidenciada respecto a un registro de PCD. Subsanar. Se solicita generar dialogo con auxiliar administrativo frente a las formas de comunicación que genera. | |
| **OBSERVACIONES** | |
| EL ASOCIADO NO PRESENTA OBSERVACIONES PARA LA PRESENTE ACTA | |
| **6. ACCIONES POR MEJORAR COMO RESULTADO DE LA VISITA** | |
| **ACCIONES POR MEJORAR** | **PLAZO** |
| SUBSANCION DE REGISTROS | PRIORITARIO |
| **¿EL ASOCIADO DIO CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA Y PLAZOS ACORDADOS EN LA VISITA ANTERIOR?**<br><br>**FECHA DE LA ULTIMA VISITA: 31072025**<br><br>**SI** ❑ ☒ **NO** ❑ | **REGISTRE EL SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA:**<br><br>**Se verificó subsanación de novedades evidenciadas para el acceso oportuno de medicamentos.** |

| | |
|---|---|
| **NOMBRE(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | NATHALIE CUERVO KARINA RIVEROS |
| **FIRMA(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | 1. Ver listado de asistencia |
| **CARGO(S) DE QUIEN(ES) ATIENDE(N) LA VISITA** | 1. Auxiliar de enfermería |
| **NOMBRE(S) PROFESIONAL(ES) DE APOYO A LA SUPERVISIÓN** | **1.** ZARETH TORRES |
| **FIRMA(S) PROFESIONAL(ES) DE APOYO A LA SUPERVISIÓN** | **1.** Ver listado de asistencia |

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código FOR-DO-003

versión: 2

Fecha: Marzo (02/03/1983 - 13/07/2024

Página 1 de 1

1. Tema: Derecho calidad Operativo 2. Lugar y / o medio y Sede: CIAL91 3. Fecha y hora: 27-09-2023

4. Nombre responsable: Jaeth Torres 5. Dependencia responsable: SDIS DISCAPACIDAD

| 6. Item | 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 | Leidy Karina Rivera G. | CC | 20684212 | CIAL Grupo 1 | Aux. Enfermería | NO APLICA | Sgtivera82107 @hotmail.com | 3104838019 | |
| 2 | Nathalie Alejandra Cuervo | CC | 1092710160 | CIAL Grupo 1 | Fisioterapeuta | No Aplica | nathaliecuervo @gmail.com | 3135948129 | |
| 3 | Jaeth Torres | CC | 1076654293 | SDIS | Prof. Apoyo | Contrata | S7torresa@gmail.com | 3155300983 | |
| 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.

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