ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE VISITA Código: Dcumento contolado no codificado	Elaborado por: Andrea Daza Revisado por: Tamara Vanin Aprobado por:

1. DATOS GENERALES

GRUPO FUNCIONAL					
PROGRAMA/ RUTA/TEMA			**CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y RLCPD**		
NOMBRE DE LA INSTITUCION			**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CEN**		
HORA	**9:00am**	**FECHA**	**24 DE NOVIEMBRE DE 2022**	**MODALIDAD DEL SEGUIMIENTO**	**PRESENCIAL**
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VISITA		**CAROL CIFUENTES DAZA**		**CARGO**	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO**
		ANDREA MARCELA DAZA			**PROFESIONAL ESPECIALIZADO**
NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA		**TATIANA CORTES**		**CARGO**	**LIDER PROCESO DISCAPACIDAD**
DIRECCIÓN	**KR 97 # 19 34**	**CELULAR**			
CORREO ELECTRÓNICO					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL /GERENTE		**MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES**		**TIPO DE GESTIÓN**	**SEGUIMIENTO**

2. OBJETIVO GENERAL

Realizar visita a las IPS certificadoras de discapacidad para hacer seguimiento a la gestión del procedimiento de valoración multidisciplinaria, certificación de discapacidad y registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, en lo relacionado con recursos, acceso, oportunidad y pertinencia de la valoración y registro de la información según lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la normatividad vigente.

3. OBJETIVOS ESPECIFICO(S)

Hacer seguimiento a la gestión del procedimiento de certificación de discapacidad en las dimensiones de estructura, proceso y resultado, en el marco de la normatividad vigente.
Observar el cumplimiento de requisitos del equipo multidisciplinario para realizar la valoración para certificación de discapacidad.
Hacer seguimiento a la oportunidad de la valoración y expedición del certificado de discapacidad y registro en el RLCPD por parte de la IPS certificadora.
Verificar la calidad de la información registrada en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)

4. ALCANCE	Desde la revisión del procedimiento de certificación de discapacidad, cumplimiento de requisitos del equipo multidisciplinario, capacidad instalada, oportunidad, calidad del dato y seguimiento a las peticiones quejas o reclamos aplicando los criterios definidos en la normatividad vigente hasta el seguimiento y la implementación de planes de mejoramiento.
5. CRITERIOS	A.EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO B.CAPACIDAD INSTALADA C.OPORTUNIDAD D.PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.CALIDAD DEL DATO
6. MARCO LEGAL	derechos de las personas con discapacidad. • Ley 1349 de 2016: Por medio de la cual se aprueba el Acuerdo de Dialogo Político y Cooperación entre la comunidad Europea y sus estados miembros, por una parte, y la Comunidad Andina y sus Países miembros (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela). • Resolución 1239 del 21 de Julio de 2022. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas. • Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
7. METODOLOGÍA	La metodología utilizada en las visitas a las IPS certificadoras de discapacidad se sustenta en la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente, empleando la entrevista con el referente de la institución, aplicación de la lista de chequeo y solicitud de documentos. Los criterios evaluados son 5 cada uno de ellos con ítems de evaluación específicos con un valor asignado, cuya sumatoria total dará un porcentaje de cumplimiento 100%

8. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO

8.1 LISTA DE CHEQUEO Y RESULTADO FINAL

SERVICIOS INSCRITOS ANTE EL REPS	
MEDICINA GENERAL	**X**
ENFERMERÍA	
FISIOTERAPIA	**X**
TERAPIA OCUPACIONAL	
FONOAUDIOLOGÍA	**X**

OPTOMETRÍA	
PSICOLOGÍA	

A. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Es la existencia de un equipo multidisciplinario capacitado para realizar el procedimiento de certificación de discapacidad según la Resolución 1239 de 2022, Capítulo III artículo 3, artículo 5, artículo 8 y artículo 9.

ÍTEM	REQUISITO	OBSERVACIONES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
A.1	La institución dispone de servicios de medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, optometría o psicología habilitados, de acuerdo con las disciplinas que compongan el (los) equipo (s) multidisciplinario (s), así como el servicio de	La institución dispone de servicios de medicina general, fisioterapia y fonoaudiología habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.2	La IPS autorizada cuenta con equipo multidisciplinario para la realización del procedimiento de certificación de discapacidad (3 profesionales). Compare el equipo médico con la información reportada a la Secretaría Distrital de Salud. Medicina _X__ Enfermería ___ Fisioterapia _X__ Terapia Ocupacional ___ Fonoaudiología _X__ Optometría ___ Psicología ___ Trabajo Social ____	La IPS cuenta con un equipo multidisciplinario para realizar el procedimiento de certificación de discapacidad, dispone de tres profesionales en salud, un medico general, una fonoaudióloga y una fisioterapeuta. 52103607 DERLY CARRILLO A (FONOAUDIOLOGÍA) 52076502 DIANA ROBAYO (FISIOTERAPIA) 52871195 LADY CÁRDENAS (MEDICINA GENERAL)	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.3	Los profesionales que conforman el, o los equipos multidisciplinarios se encuentran incluidos en el Directorio nacional de Certificadores del MSPS.	Se realiza verificación en el Directorio Nacional de Certificadores del Ministerio de Salud y Protección Social, encontrando que los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario se encuentran inscritos.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.4	La institución dispone de agendas abiertas para la asignación de citas con el equipo multidisciplinario de salud.	La institución cuenta con disponibilidad los días martes y jueves en horario de 7 am a 5 pm, para realizar consultas para el procedimiento de certificación de discapacidad. En el momento de la visita cuentan con disponibilidad de agenda para el 01/12/2022.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.5	La IPS autorizada cumple con el horario establecido para llevar a cabo las valoraciones	La institución cuenta con formato denominado "Validador de certificación", en donde aparecen los datos del paciente incluido el horario de programación de la cita. Se revisan al azar historias clínicas de los pacientes con cedula 1016050720 hora programada 10:20, CC 19231179 hora programada 2:40 y 102001681 hora programada 2:40 en donde se compara la hora de asignación de cita con la hora registrada de atención en historia clínica, evidenciando que cumplen con el tiempo	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.6	Al inicio de la consulta, el equipo multidisciplinario dedica algunos minutos para conocer los antecedentes de la persona a certificar.	En la definición de roles la fisioterapeuta y fonoaudióloga indagan sobre antecedentes personales al paciente o familiar y el médico revisa la historia clínica, el equipo multidisciplinario dedica en promedio 10 minutos para esta revisión.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**

A.7	El equipo multidisciplinario se asegura que la persona solicitante comprende de qué se trata la realización del procedimiento de certificación de discapacidad, que la información que de este se derive y su resultado se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y que esa información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de	La explicación al solicitante se realiza de manera verbal, la institución cuenta con consentimiento informado a pacientes de certificación en discapacidad código 10-03-FO 0019 del 29/06/2022 versión 1, este formato se debe ajustar teniendo en cuenta lo definido en la normatividad vigente.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	**3**
A.8	Los integrantes del equipo multidisciplinario participan en igualdad de condiciones durante la valoración para la certificación.	Se evidencia que en las consultas realizadas participan en igualdad de condiciones los profesionales del equipo multidisciplinario con la definición de roles establecida previamente.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.9	En el equipo multidisciplinario se evidencia una distribución adecuada de roles y se realiza control y registro del tiempo por parte de algún integrante.	Dentro de los roles se encuentra la función de realizar el control y registro del tiempo, esta función se la rotan durante las valoraciones.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.10	El equipo multidisciplinario explica al usuario y/o representante en que consiste la certificación de discapacidad y que es el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, con dicha información genera el certificado de discapacidad como documento personal e intransferible que señala los datos personales de nombre, apellido, tipo y número de documento de	La explicación al solicitante se realiza de manera verbal, la institución cuenta con formato denominado "Consentimiento informado a pacientes de certificación en discapacidad" con código 10-03-FO 0019 del 29/06/2022 versión 1, este formato se debe ajustar teniendo en cuenta lo definido en la normatividad vigente.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	**3**
A.11	El equipo multidisciplinario explica la ruta mediante la cual puede acceder al certificado de discapacidad ingresando al Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO-.	La explicación al solicitante se realiza de manera verbal, la institución cuenta con formato denominado "Consentimiento informado a pacientes de certificación en discapacidad" con código 10-03-FO 0019 del 29/06/2022 versión 1, este formato se debe ajustar teniendo en cuenta lo definido en la normatividad vigente.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	**3**
A.12	El equipo multidisciplinario explica la posibilidad de solicitar una segunda opinión, así como las condiciones para ello, descritas en la normatividad vigente, en caso de no estar de acuerdo con el resultado del procedimiento de certificación de discapacidad.	La explicación al solicitante se realiza de manera verbal, la institución cuenta con formato denominado "Consentimiento informado a pacientes de certificación en discapacidad" con código 10-03-FO 0019 del 29/06/2022 versión 1, este formato se debe ajustar teniendo en cuenta lo definido en la normatividad vigente.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	**3**
A.13	El equipo multidisciplinario explica que si el resultado establece que la persona solicitante no tiene discapacidad, no se generará certificado,	La explicación al solicitante se realiza de manera verbal, la institución cuenta con formato denominado "Consentimiento informado a pacientes de certificación en discapacidad" con código 10-03-FO 0019 del 29/06/2022 versión 1, este formato se debe ajustar teniendo en cuenta lo definido en la normatividad vigente.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	**3**
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**4,23076923**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**85%**
B. CAPACIDAD INSTALADA				
Es la disponibilidad de infraestructura necesaria para realizar el procedimiento de certificación de discapacidad según la Resolución 1239 de 2022, Capitulo III artículo 5.				
B.1	La institución cuenta con la capacidad suficiente para realizar mínimo diez (10) valoraciones para certificación de discapacidad a la semana, previendo que el promedio de tiempo para cada una es de cuarenta (40) minutos. (Revisar que la capacidad instalada corresponda a lo reportado a la Secretaría Distrital de Salud)	La institución cuenta con el consultorio 105 ubicado en el primer piso en donde realizan atención los días martes y jueves 7 am a 4 pm, teniendo capacidad para realizar mas de 10 valoraciones para certificación de discapacidad, este consultorio es exclusivo en estos días para realizar las valoraciones. La institución cuenta con un caso en donde se registró el tiempo de atención de 0-5 minutos y 164 registros con tiempo de atención de 11 - 20 minutos, se solicita revisar los casos y ajustar el tiempo de atención en las consultas que se van a realizar.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	**3**
B.2	La institución dispone de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa necesaria para el reporte de la información resultante de la valoración clínica multidisciplinaria en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, la disposición de computadores y conectividad óptima para el cargue de la información, así como del personal, insumos y procesos administrativos que permitan llevar a cabo el procedimiento.	La institución cuenta con un consultorio exclusivo para realizar la valoración de discapacidad, en el primer piso disponen de una ventanilla exclusiva para pacientes que asisten a este proceso, cuentan con apoyo de auxiliar de enfermería para desarrollar actividades administrativas y el equipo cuenta con un espacio de una hora a la semana para realizar actividades administrativas y revisar casos especiales, hay articulación con el archivo y quedan guardados los certificados y consentimientos informados, dentro del consultorio el equipo multidisciplinario cuenta con dos computadores con conexión a internet por fibra óptica, impresora y suministros de papelería.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**

B.3	La IPS garantiza que en la valoración clínica multidisciplinaria se cuente con los apoyos y ajustes razonables que haya establecido el médico tratante, y que el procedimiento de certificación de discapacidad se desarrolle en los términos de la normatividad	Cuando se realiza la asignación de la cita se indaga si el paciente necesita algún apoyo o ajuste razonable, según lo informado por el paciente se realiza la solicitud o el ajuste necesario.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
B.4	La IPS cuenta con apoyos y ajustes razonables para discapacidad visual (textos en braille, señales informativas, señales orientadoras, señales preventivas, mensajes sonoros, pisos de diferentes	La IPS cuenta con identificación, numeración de los consultorios y de las zonas administrativas en el sistema de lectura y escritura braille,	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
B.5	La IPS cuenta con apoyos y ajustes razonables para discapacidad auditiva (mensajes de texto, señales visuales, interprete de lengua de señas colombiana)	La institución cuenta con disponibilidad de interprete para atención al usuario para lengua de señas y cuenta con señalización en los consultorios.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
B.6	La IPS cuenta con apoyos y ajustes razonables para discapacidad física (rampas, ascensor, silla de ruedas, muletas, bastón, ventanilla diferencial)	La institución cuenta con baño para pacientes con discapacidad física,, disponibilidad de sillas de rueda, barandas de agarre, rampas en la entrada , sillas exclusivas en la sala de espera y pasillos amplios para desplazamientos.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
B.7	La IPS cuenta con apoyos y ajustes razonables para discapacidad psicosocial o cognitiva (comunicación alternativa, imágenes, videos, pictogramas)	La institución realiza comunicación alternativa y utiliza un cuestionario específico para pacientes con discapacidad cognitiva y psicosocial.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**4,71428571**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**94%**
C. OPORTUNIDAD				
Es la posibilidad de obtener acceso a los servicios que se requieren según lo exigido en la Resolución 1239 de 2022, Capitulo III artículo 5 y artículo 9.				
C.1	La institución prestadora de servicios de salud, en un término no superior a diez (10) días hábiles posteriores a la comunicación de la orden, asigna la cita y realiza la valoración clínica multidisciplinaria; para ello contacta al solicitante o a la persona de apoyo y concerta la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo el procedimiento.	El acumulado de inoportunidad en la asignación de cita teniendo en cuenta los meses de agosto, septiembre y octubre es del 72.5%. La IPS debe realizar el seguimiento y acciones de mejora para cumplir con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	INCUMPLIMIENTO	**0**
C.2	La IPS entrega el certificado de discapacidad en la cita o si se presenta algún inconveniente lo entrega dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la realización de la valoración clínica multidisciplinaria.	La única razón por la que no se entrega el certificado el mismo día es por falla en la plataforma, en estos casos se realiza la solicitud a la referente del Ministerio de Salud y Protección Social para solucionar el inconveniente y se cita nuevamente al paciente para la entrega.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
C.3	La IPS carga oportunamente en la plataforma SISPRO el certificado de discapacidad diligenciado. (muestra aleatoria retrospectiva)	El acumulado de oportunidad en el cargue del certificado en la plataforma SISPRO teniendo en cuenta los meses de agosto, septiembre y octubre corresponde al 62 % de inoportunidad y 38% oportunidad. La IPS debe realizar el seguimiento y acciones de mejora para cumplir con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	INCUMPLIMIENTO	**0**
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**1,7**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**33%**
D. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales de los servicios que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en los servicios; Resolución 1239 de 2022.				
D.1	La IPS autorizada cuenta con procedimiento para realizar las valoraciones de certificación de discapacidad. (documento).	La institución cuenta con instructivo de certificación en discapacidad, con código 10-03-IN-001 del 19/05/2022 versión 1, este debe ser ajustado teniendo en cuenta la normatividad vigente, los perfiles disponibles en la IPS, incluir los roles del equipo multidisciplinarios, relacionar los ajustes razonables utilizados, ajustar lo definido para la segunda valoración, luego realizar la socialización y medición de la adherencia.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	**3**
D.2	La IPS participa en los programas de capacitación, sensibilización y evaluación del talento humano, organizados por los entes territoriales.	La institución ha participado de las reuniones y capacitaciones organizadas por la Secretaria Distrital de Salud y el Ministerio de Protección Social. Al interior de la institución se realizan reuniones cada dos meses con el equipo multidisciplinario denominadas "Encuentros de aprendizaje continuo" (EAC) en donde se exponen y tratan los temas correspondientes a discapacidad.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
D.3	La IPS realiza seguimiento y planes de mejora a los que haya lugar según las peticiones, quejas o reclamos interpuestos por los pacientes que acuden para el proceso de certificación de discapacidad.	La institución recibe quejas por la plataforma Sistema distrital de quejas y peticiones ciudadanas. A la fecha no se han recibido de esta IPS quejas o peticiones en la Secretaria Distrital de Salud o al interior de la IPS, la funcionaria Tatiana Cortes es la responsable de realizar la respuesta y seguimiento a las quejas o peticiones al interior de la subred.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
D.4	La IPS realiza medición y seguimiento a la satisfacción de los usuarios que acceden para la certificación de discapacidad.	La institución no cuenta con la medición y seguimiento a la satisfacción de los usuarios para el proceso de certificación de discapacidad, se debe implementar la medición y el seguimiento.	INCUMPLIMIENTO	**0**

D.5	La IPS Realiza el proceso para la habilitación, des habilitación y eliminación de usuarios en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, de acuerdo con el proceso establecido por el Ministerio para tal fin.	La IPS cuenta con los mismos profesionales inscritos en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, no se ha desvinculado ningún funcionario y ha enviado el archivo con el equipo multidisciplinario actualizado solicitados desde la Secretaría Distrital de Salud	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**3,6**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**72%**
E. CALIDAD DEL DATO				
La existencia, socialización y gestión de los registros teniendo en cuenta la Resolución 1239 de 2022.				
E.1	La institución registra correctamente el dato de la localidad en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)	La institución cuenta con algunos registros en la plataforma SISPRO con el diligenciamiento incorrecto de los nombres de las localidades.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
E.2	La IPS registra correctamente la dirección de residencia según las reglas de estandarización de las direcciones en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)	Se realizar revisión al azar de certificados cargados a la plataforma SISPRO encontrando que la dirección se encuentra correcta según las reglas de estandarización de las direcciones.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
E.3	La IPS registra el nivel educativo en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)	La IPS registra la información de nivel educativo en la plataforma SISPRO	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
E.4	La IPS registra la información de orientación sexual en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)	La IPS registra la información de orientación sexual en la plataforma SISPRO	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
E.5	La IPS registra la identidad de acuerdo a costumbre en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)	La IPS registra la información de identidad de acuerdo a costumbre en la plataforma SISPRO	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
E.6	La IPS registra la causa de la deficiencia en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)	La IPS registra la información la causa de la deficiencia en la plataforma SISPRO	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
E.7	La IPS ha identificado y realizado la gestión correspondiente para cerrar las valoraciones en estado abierto en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)	La institución cuenta con 10 casos en estado iniciado en la plataforma SISPRO, se debe realizar la gestión correspondiente para cerrarlos.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**4,42857143**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**89%**

RESULTADO DE LA VISITA

ÍTEM	CRITERIO	NUMERO DE PREGUNTA	RESULTADO PROMEDIO POR CRITERIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
A	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	3	4,2	**85%**
B	CAPACIDAD INSTALADA	2	4,7	**94%**
C	OPORTUNIDAD	3	1,7	**33%**
D	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	4	3,6	**72%**
E	CALIDAD DEL DATO	1	4,4	**89%**
TOTAL		**13**	**3,73**	**75%**

SATISFACTORIO SUPERIOR AL 85%	**SE CUMPLE CON LO ESPERADO DEL PROCESO**
ACEPTABLE ENTRE EL 61% AL 84%	**SE CUMPLE PARCIALMENTE Y REQUIERE SEGUIMIENTO EN LOS ÍTEM QUE NO CUMPLEN**
INSATISFACTORIO INFERIOR AL 60%	**NO CUMPLE Y REQUIERE SEGUIMIENTO PRIORIZADO**

8.2 RESULTADOS COMPARATIVOS CON SEGUIMIENTOS ANTERIORES (SI APLICA)

NO APLICA

9. ACCIONES CORRECTIVAS O ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS (OPORTUNIDADES DE MEJORA)

La institución debe generar las oportunidades de mejora relacionadas con:
Criterio A: La IPS debe completar la explicación al usuario registrando que la información que se derive del procedimiento de certificación de discapacidad y su resultado se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y que esa información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de esta población, que el certificado de discapacidad es un

documento personal e intransferible, registrar la ruta mediante la cual puede acceder al certificado de discapacidad ingresando al Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO- y que si el resultado establece que la persona solicitante no tiene discapacidad, no se generará certificado.
Criterio B Capacidad instalada: La IPS debe crear estrategias que garanticen que el promedio de tiempo para cada valoración sea de cuarenta (40) minutos.
Criterio C Oportunidad: La IPS debe realizar el seguimiento y acciones de mejora para cumplir con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, en donde se define que en un término no superior a diez (10) días hábiles posteriores a la comunicación de la orden, se debe asignar la cita y realizar la valoración clínica multidisciplinaria.
Criterio D. La institución cuenta con instructivo de certificación en discapacidad, con código 10-03-IN-001 del 19/05/2022 versión 1 el cual debe ajustar y actualizar según la normatividad vigente, este documento debe ser socializado y se debe llevar a cabo el proceso de medición de la adherencia.
La institución debe realizar medición y seguimiento a la satisfacción de los usuarios que acceden para la certificación de discapacidad.
Criterio E. Calidad del Dato: La IPS debe realizar seguimiento y acciones de mejora para realizar el diligenciamiento correcto de las localidades en la plataforma SISPRO.
Revisar y realizar la gestión correspondiente de los casos que aparecen en estado iniciado.

10. FORTALEZAS

• La institución cuenta con los servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS y cuenta con un equipo multidisciplinario incluido en el Directorio Nacional de certificadores del MSPS.
•Durante la valoración el equipo certificador tiene establecido los roles para participar en igualdad de condiciones.
• La IPS cuenta con capacidad instalada para realizar aproximadamente 30 valoraciones semanales, además dispone de apoyos y ajustes razonables para llevar a cabo la valoración del usuario de acuerdo con el tipo de discapacidad.
• La IPS asiste a las capacitaciones realizadas por los entes de control y tiene establecidos los "Encuentros de aprendizaje continuo" (EAC) en donde realizan socializaciones seguimientos a las actividades del procedimiento de certificación de discapacidad
•La institución tiene establecido un procedimiento para la recepción y seguimiento de quejas peticiones, reclamos o sugerencias.

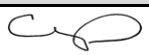
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES
La institución presentó un cumplimiento total del 75% de los cinco (5) criterios evaluados:
•La institución en el criterio de equipo multidisciplinario presenta el 85% de cumplimiento se debe ajustar y registrar la explicación realizada al usuario según lo definido en la normatividad vigente.
•El criterio de capacidad instalada tiene un cumplimiento en el 94 %, se debe garantizar que el promedio de tiempo para cada valoración sea de cuarenta (40) minutos
•Con relación al criterio de oportunidad, se evidencia una calificación del 33% la institución debe realizar el seguimiento y acciones de mejora para cumplir con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. en donde se define que en un término no superior a diez (10) días hábiles posteriores a la comunicación de la orden, se debe asignar la cita y realizar la valoración clínica multidisciplinaria.
•En el criterio de procesos y procedimientos tiene una calificación del 72%, se debe ajustar, actualizar, socializar y realizar la medición de la adherencia del protocolo según lo establecido en la normatividad vigente, además se debe realizar la medición y seguimiento a la satisfacción de los usuarios que acceden para la certificación de discapacidad.
•En el criterio de calidad del dato la institución presenta un cumplimiento parcial del 89%, la IPS debe implementar estrategias que mejoren el diligenciamiento de la variable localidad y deben realizar el seguimiento y gestión de los casos en estado iniciado.

RECOMENDACIONES

•Mantener las actividades de mejoramiento continuo dentro de la IPS, para garantizar la confiabilidad, seguridad y atención de los usuarios en el proceso de certificación de discapacidad.
•Verificar el código de la autorización previo a la asignación de la cita y la valoración del usuario.
•Verificar previo a la radicación de la factura electrónica los documentos requeridos desde la Secretaría Distrital de Salud y cumplir con los plazos establecidos.
•Realizar revisión y ajuste de los procesos de acuerdo con los cambios normativos y directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
•Continuar el fortalecimiento de saberes sobre el tema de discapacidad con el objetivo de poder realizar una valoración con mayor asertividad de acuerdo con las necesidades de los usuarios con discapacidad.
•Realizar el registro de la información de manera correcta en el aplicativo SISPRO y el seguimiento correspondiente.
•Continuar con los procesos de medición y seguimiento a peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y satisfacción de los usuarios, consolidación y planes de mejora a los que haya lugar.

12. REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO / PLAN DE ACCIÓN

SI X NO	**FECHA DE REMISIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO O PLAN DE ACCIÓN A LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD : SEGUNDA SEMANA DE ENERO DE 2023**
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN (ES) REALIZA (N) EL SEGUIMIENTO	**FIRMA DE QUIEN (ES) REALIZA (N) EL SEGUIMIENTO**
CAROL PAOLA CIFUENTES DAZA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
ANDREA MARCELA DAZA REYES- PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
NOMBRE DE REFERENTE GRUPO FUNCIONAL	**FIRMA**
BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI	