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			**ARCANGELES FUNDACION PARA LA REHABILITACION INTEGRAL**		
HORA	**9:00am**	**FECHA**	**01 DE DICIEMBRE 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		**MILENA PARDO BERMUDEZ**			**AUDITORA DE CALIDAD**
		JISHEL MANRIQUE			**GERENTE DE SALUD**
		JENNEY MARCELA PAEZ ROZO		**CARGO**	**LIDER DEL PROCESO**
DIRECCIÓN	**AC 8 SUR # 31 A 31**		**CELULAR**		**3192594878**
CORREO ELECTRÓNICO		certificaciondiscapacidad@arcangeles.org			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL /GERENTE		**CAMILO EDUARDO SALAZAR LOPEZ**		**TIPO DE GESTION**	**VISITA**

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 requiitos del equpo 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	• Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los 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 Paises 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. METODOLOGIA	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
ENFERMERIA	
FISIOTERAPIA	X
TERAPIA OCUPACIONAL	X
FONOAUDIOLOGIA	X
OPTOMETRIA	
PSICOLOGIA	X

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, Capitulo III artículo 3, artículo 5, artículo 8 y artículo 9.

ITEM	REQUISITO	OBSERVACIONES	CALIFICACION	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 telemedicina, en caso de que se oferte la realización de la valoración de esta manera.	La institución dispone de servicios de medicina general, fonoaudiología, fisioterapia, psicología y terapia ocupacional 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 _X_ Fonoaudiología _X__ Optometría ___ Psicología _X__ Trabajo Social ____	La IPS cuenta con dos equipos multidisciplinarios con 13 profesionales para realizar el procedimiento de certificación de discapacidad, la conformación de equipos se realiza según necesidad y demanda.	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 de los 13 profesionales, encontrando que 12 de los profesionales se encuentran inscritos; al realizar la búsqueda de la profesional Valentina Velasco Gómez quien no aparece en el Directorio Nacional de Certificadores del Ministerio de Salud y Protección Social, la líder del proceso Milena Pardo refiere que para la verificación se cuenta con un oficio cuenta muestra un oficio con numero 202016000551861 y fecha 2020 04 21 donde el ministerio refiere que será que se ha incluido en el directorio.	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 jueves de 8 am a 5 pm, si la demanda es alta se abren agendas para los días martes en el mismo horario, durante la vista refieren que tienen 5 usuarios para asignación de cita los cuales programarían el día martes para no incumplir en los 10 días hábiles. la institución cuenta con un aplicativo llamado Promedica en el que se encuentra la agenda diaria, durante la visita se revisa la agenda del día 9 de noviembre de 2022, en la cual tiene 8 usuarios citados, al revisar el formato físico que firma el usuario el día de la valoración, se evidencia que 8 asistieron a la cita, 1 fue necesario reprogramar y 1 usuario no se le realizo la valoración por que no contaba con la historia clínica.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.5	La IPS autorizada cumple con el horario establecido para llevar a cabo las valoraciones	Se revisan al azar historias clínicas de los pacientes atendidos en la tercera semana de noviembre en donde se compara la hora de asignación de cita con la hora registrada de atención en historia clínica, verificando que cumple con el tiempo de atención. Se realiza la verificación de dos usuarios en donde al comparar el formato con nombre evolución - gestión científica con código FO-GCI-209,	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.	Desde el agendamiento se informa que sin la historia clínica y los exámenes relacionados con la discapacidad no podrá ser atendido, cuando el usuario llega a la institución se le registra y se solicita la historia clínica la cual es entregada al equipo para su revisión antes del ingreso del usuario a la consulta.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.7	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, en consulta la terapeuta ocupacional es la encargada de abrir el aplicativo mientas los otros dos perfiles revisan la historia clínica, una vez el usuario está en la consulta uno de los perfiles realiza las preguntas del aplicativo.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.8	En el equipo muldisciplinario se evidencia una distribución adecuada de roles y se realiza control y registro del tiempo por parte de algún integrante.	Dentro de los perfiles se tienen definidos los diferentes roles, revisión de historia clínica, medición del tiempo, entrevista y el registro en el aplicativo.	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.9	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 políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.	La institución cuenta con un documento con nombre consentimiento informado y recomendaciones para usuarios y familiares respecto al proceso de certificación en discapacidad - gestión científica con código FO-GCI-240 versión 2 - 08/2022, en el cual se encuentra el apartado dando cumplimiento a la normatividad vigente. Este documento es firmado por el usuario representante legal y profesional del equipo	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 identidad, lugar y fecha de la valoración clínica multidisciplinaria, categoría de discapacidad, nivel de dificultad en el desempeño, perfil de funcionamiento, datos de los profesionales del equipo multidisciplinario, y código QR.	La institución cuenta con un documento con nombre consentimiento informado y recomendaciones para usuarios y familiares respecto al proceso de certificación en discapacidad - gestión científica con código FO-GCI-240 versión 2 - 08/2022, en el cual se encuentra el apartado dando cumplimiento a la normatividad vigente. Este documento es firmado por el usuario representante legal y profesional del equipo	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.11	El equpo 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 institución cuenta con un documento con nombre consentimiento informado y recomendaciones para usuarios y familiares respecto al proceso de certificación en discapacidad - gestión científica con código FO-GCI-240 versión 2 - 08/2022, en el cual se encuentra el apartado dando cumplimiento a la normatividad vigente, sin embargo, se recomienda dejar consignado el link para facilitar el proceso al usuario. Este documento es firmado por el usuario representante legal y profesional del equipo	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
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 institución cuenta con un documento con nombre consentimiento informado y recomendaciones para usuarios y familiares respecto al proceso de certificación en discapacidad - gestión científica con código FO-GCI-240 versión 2 - 08/2022, en el cual se encuentra el apartado dando cumplimiento a la normatividad vigente, sin embargo, se recomienda dejar consignado el link para facilitar el proceso al usuario. Este documento es firmado por el usuario representante legal y profesional del equipo	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
A.13	El equipo multidisciplinario explica que si el resultado establece que si la persona solicitante no tiene discapacidad, no se generará certificado.	La institución cuenta con un documento con nombre consentimiento informado y recomendaciones para usuarios y familiares respecto al proceso de certificación en discapacidad - gestión científica con código FO-GCI-240 versión 2 - 08/2022, en el cual se encuentra el apartado dando cumplimiento a la normatividad vigente, sin embargo, se recomienda dejar consignado el link para facilitar el proceso al usuario. Este documento es firmado por el usuario representante legal y profesional del equipo	CUMPLIMIENTO TOTAL	**5**
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**5**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**100%**
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 45 casos en donde se registró el tiempo de atención 11 - 20 minutos, se solicita revisar los casos y ajustar el tiempo de atención en las consultas que se van a realizar de acuerdo a la normatividad vigente.	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 ubicado en el primer piso para realizar la valoración de discapacidad, cuentan con equipos de computadores, impresora, la conexión a internet es por wifi y cable, escáner y suministros de papelería. Cuenta con un perfil quien es el encargado de realizar todas las acciones administrativas del proceso.	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 vigente.	El equipo multidisciplinario en el momento de la revisión de la historia clínica determina cuales son los ajustes razonables que se requiere para la valoración.	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 texturas)	En la institución se cuenta con el perfil de auxiliar de enfermería quien es la persona que apoya la valoración y la entrada a la institución en los casos que el usuario se encuentre solo y requieren el apoyo.	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 una fonoaudióloga que tiene manejo del lenguaje de señas y también solicita la prestación del servicio de con centro de relevo.	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 rampas, baños para pacientes con discapacidad física, barandas de agarre y corredores para desplazamiento.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
B.7	La IPS cuenta con apoyos y ajustes razonables para discapacidad psicosocial o congnitiva (comunicación alternativa, imágenes, videos, pictogramas)	La institución realiza un análisis de la situación, si es un grado severo de discapacidad se apoyan en el acompañante o usan comunicación alternativa. El psicólogo es la persona que lidera el proceso y está capacitado en manejo conductual.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**4,714285714**	**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 en la asignación de cita de acuerdo a la base SISPRO y teniendo en cuenta los meses de agosto, septiembre y octubre es del 76% de oportunidad y 24 % de inoportunidad y cuentan con 4 casos de 20 a 50 días en la asignación de citas. La IPS debe realizar el seguimiento y acciones de mejora para cumplir con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
C.2	La IPS entrega el certificado de discapacidad en la cita o si se presenta algún incoveniente lo entrega dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la realización de la valoración clínica multidisciplinaria.	.La IPS hace entrega del certificados en mismo día de la valoración y en caso de inconvenientes se le informa al usuario que puede acercarse a la institución o que también puede ser enviado vía correo electrónico.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
C.3	La IPS carga oportunamente en la plataforma SISPRO el certificado de discapacidad diligenciado. (muestra aleatoria restrospectiva)	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 87% de oportunidad y 13% inoportunidad, se tienen 11 casos para revisar.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**4,3**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**87%**
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 IPS cuenta con el documento denominado protocolo de atención en certificado de discapacidad código PT-GCI-205 versión 1 mayo/2022 en el cual se Debra incluir los roles de los profesionales del equipo certificador, incluir el formato que tiene como consentimiento informado y el proceso que llevan a cabo para la medición de satisfacción de usuario.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
D.2	La IPS participa en los programas de capacitación, sensibilización y evaluación del talento humano, organizados por los entes territoriales y al interior de la IPS	La institución ha participado de las reuniones de los entes territoriales, participa la líder del proceso, el líder de calidad y el gerente de salud, la información es escalada al equipo interdisciplinario y se maneja con acta, cada vez que se incluye un nuevo profesional se realiza capacitación. Durante la vista se realiza la revisión del acta del día 21 de julio de 2022 donde se socializaron los hallazgos del aplicativo de RLCPD, el acta del día 8 de julio de 2022 hallazgos en geo codificación.	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 cuenta con el buzón de sugerencias el cual se hace apertura cada 8 días, a la fecha no se tiene ninguna observación o sugerencia en relación al proceso de certificación.	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 la cuenta con una encuesta certificación de discapacidad con código FO-GUF-614 versión 0 del 06/2022, el cual cuenta con 3 criterios y cada criterio tiene preguntas relacionadas a: si recomendaría a la institución, como califica su experiencia respecto al proceso, al servicio administrativo y al equipo multidisciplinario; esta información es consolidad mensualmente, durante la visita se realiza la revisión del mes de octubre donde se tienen 24 encuetas en donde el mayor porcentaje fue de 95% en el ítem definitivamente si, está encuesta es aplicada a todos los usuarios que se les realizo la valoración de certificación.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
D.4	La IPS garantiza el cumplimiento de la entrega de facturación electrónica en la fecha y con los requisitos estipulados por la Secretaría Distrital de Salud	La IPS a la fecha ha realizado el radicado de las facturas conforme a lo solicitado.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
D.5	La IPS Realiza el proceso para la habilitación, deshabilitación 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 continua con el mismo talento humano de los equipos certificadores.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**4,666666667**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**93%**
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 adecuado diligenciamiento de la variable, sin embargo se recomienda estandarizar la escritura del nombre de las localidades.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
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. Se evidencia mejoras en el proceso y se cuenta con acta del 8 de julio de 2022,	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
E.3	La IPS registra el nivel educativo en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)		NO APLICA	NOAPLICA
E.4	La IPS registra la información de orientación sexual en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)		NO APLICA	NOAPLICA
E.5	La IPS registra la identidad de acuerdo a costumbre en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)		NO APLICA	NOAPLICA
E.6	La IPS registra la causa de la deficiencia en la plataforma del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)		NO APLICA	NOAPLICA

E.7	La IPS cuenta con todos los casos registrados en la plataforma SISPRO	La institución cuenta con 20 casos enviados para valoración que no aparecen en la plataforma SISPRO.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
E.8	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 no cuenta con casos abiertos.	CUMPLIMIENTO TOTAL	5
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**4,5**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**90%**

RESULTADO DE LA VISITA

ITEM	CRITERIO	NUMERO DE PREGUNTA	RESULTADO PROMEDIO POR CRITERIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
A	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	3	5,0	100%
B	CAPACIDAD INSTALADA	2	4,7	94%
C	OPORTUNIDAD	3	4,3	87%
D	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	4	4,7	93%
E	CALIDAD DEL DATO	1	4,5	90%
TOTAL		**13**	**4,64**	**93%**

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 ITEM 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 B. Capacidad Instalada: La IPS debe generar estrategias encaminadas a dar cumplimiento a el tiempo de duración de la valoración de acuerdo con la normatividad vigente.
Criterio C. Oportunidad: la IPS deberá generar un plan de trabajo que contenga estrategias con las cuales aumente la oportunidad en el tiempo de asignación de la cita y la realización de la valoración, para el certificado de discapacidad, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
Criterio D. Procesos y Procedimientos: La IPS cuenta con un documento denominado Protocolo de Atención en Certificado de Discapacidad con código PT-GCI-205 versión del 1 mayo/2022, al cual se debe incluir los roles de los profesionales del equipo certificador, ajustes razonables con los que cuentan, incluir el formato que tiene como consentimiento informado y el proceso que llevan a cabo para la medición de satisfacción de usuario. El documento debe ser socializado y se debe llevar a cabo el proceso de medición de adherencia en la institución.
Criterio E. Calidad del Dato: La IPS deberá realizar revisión a los casos que aún no se encuentran cargados en el aplicativo SISPRO.

10. FORTALEZAS

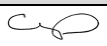
•En el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, la institución cuenta con los servicios habilitados para llevar a cabo el procedimiento de certificación de discapacidad.
•Los profesionales que conforman los equipos multidisciplinarios certificadores, se encuentran registrados en el directorio nacional de certificadores del MSPS.
•Durante la valoración para el certificado de discapacidad, los profesionales realizan revisión de la historia clínica en conjunto, se establecen los roles y se da información al usuario en relación al proceso de certificación y al certificado de discapacidad.
•La IPS cuenta con capacidad instalada para realizar 10 valoraciones diarias, cuanta con infraestructura física, tecnológica y administrativa para llevar a cabo el proceso de certificación.
•La institución cuenta con ajustes razonables para llevar a cabo el proceso de certificación en los diferentes tipos de discapacidad.
•La IPS al interior cuanta, con un plan de capacitación, procedimiento para dar respuesta a los PQR y realiza la medición de adherencia de los usuarios frente al proceso de certificación de discapacidad.
•La IPS cuanta tiene en cuenta las reglas de estandarización de direcciones.
•Todos los casos de usuarios valorados se encuentran cerrados.
•La IPS da cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente para el proceso de certificación de discapacidad.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES
•La institución presentó un cumplimiento total del 93%,en donde los cinco (5) criterios se encentran con porcentajes mayores al 87%, lo que quiere decir que cumple con los criterios establecidos en el formato de vista.
•La institución en el criterio equipo multidisciplinario presenta el 100% de cumplimiento, por lo que debe continuar realizando acciones de fortalecimiento a los 13 ítem.
• El criterio de capacidad instalada tiene un cumplimiento del 94%, en donde los 6 ítem se encuentran con criterio de cumplimiento total, para el cumplimiento en el 100% la IPS debe generar estrategias con las cueles de cumplimiento al tiempo de valoració de acuerdo a la normatividad.
•Con relación al criterio de oportunidad, el cual tiene un cumplimiento del 87%, la institución deberá realizar el plan de mejora para no sobrepasar los 10 días hábiles en la asignación de cita y valoración conforme a la normatividad vigente.
• En el criterio de procesos y procedimientos el cual tuvo un puntaje del 93% quedando en cumplimiento total, para cumplir en el 100% se debe realizar ajustes al documento denominado Protocolo de Atención en Certificado de Discapacidad código PT-GC 205 versión 1 de mayo/2022
•En el criterio de calidad del dato la IPS tiene un cumplimiento del 90% ya que presentan algunos casos que no se encuentran la información de la valoración cargada el aplicativo SISPRO

RECOMENDACIONES
•Mantener las actividades de mejoramiento continuo dentro de la IPS, para garantizar la atención de los usuarios dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente.
•realizar el proceso de valoración de certificación de discapacidad de acuerdo con lo establecido en la norma para generar confiabilidad y seguridad en los usuarios y dar respuesta asertiva al Ministerio de Salud y Protección Social.
•Realizar revisión y ajustar los procesos de acuerdo con los cambios normativos y directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
•la IPS debe dar continuidad al fortalecimiento de saberes sobre el tema de discapacidad con el objetivo de poder realizar una valoración con mayor asertividad de acuerdo a las necesidades de los usuarios con discapacidad.
•la IPS debe dar continuidad al proceso de verificación del código de autorización, previamente a la asignación de la cita del usuario para la valoración de certificación de discapacidad.
•la IPS debe durante el contacto telefónico con el usuario para asignar la cita, debe indagar sobre los ajustes razonables que el usuario requiera para llevar a cabo el proceso de certificación de discapacidad.

12. REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO / PLAN DE ACCION

SI X NO	FECHA DE REMISIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO O PLAN DE ACCION A LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD : 20 DE NERO DE 2023
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN (ES) REALIZA (N) EL SEGUIMIENTO /AUDITORIA	FIRMA DE QUIEN (ES) REALIZA (N) EL SEGUIMIENTO(AUDITORIA
CAROL PAOLA CIFUENTES DAZA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
ANDREA MARCELA DAZA REYES- PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
NOMBRE DE REFERENTE GRUPO FUNCIONAL	FIRMA
BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI	