ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE VISITA			
	Código:	Dcumento contolado no codificado	Versión:	

Elaborado por: Andrea Daza Reyes /Revisado por: Tamara Vanin Nieto / Aprobado por:

1. DATOS GENERALES

GRUPO FUNCIONAL					
PROGRAMA/ RUTA/TEMA			**CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y RLCPD**		
NOMBRE DE LA INSTITUCION			**Medicina Especializada en Dolor y Trabajo Medt SAS. Sigla: Medt SAS**		
HORA	**9:00am**	**FECHA**	**06 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		**YANETH GALEANO**			**DIRECTORA ADMINISTRATIVA**
		ROSA VENEGAS			**PSICOLOGA**
		LAURA PUENTES			**FISIOTERAPEUTA**
		ANGIE IBAÑEZ		**CARGO**	**ORIENTADORA DEL SERVICIO**
DIRECCIÓN	**KR 13 # 48 26 CS 102,303,403**		**CELULAR**		**3102885090**
CORREO ELECTRÓNICO		medtsas.info@medtsas.net			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL /GERENTE		**PATRICIA CASTILLO VALENCIA**		**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. OBJETIVO(S) 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	
FONOAUDIOLOGIA	
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, fisioterapia y psicología 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 ___ Optometría ___ Psicología _X__ Trabajo Social ____	La IPS cuenta con 6 equipos multidisciplinarios conformados por 7 profesionales para realizar el procedimiento de certificación de discapacidad, estos equipos se organizan 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 7 profesionales, encontrando que 6 de los profesionales se encuentran inscritos; al realizar la búsqueda de la profesional Rosa Venegas no aparece en el Directorio Nacional de Certificadores del Ministerio de Salud y Protección Social, se verifica certificación de discapacidad y el registro para localización y caracterización de las personas con discapacidad expedido por el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA del 20/12/2020.	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 para la asignación de citas los días de lunes, mércoles y jueves en horario de 7 am a 5 pm, a la fecha cuentan con disponibilidad para el 12 de diciembre para asignación de citas, se realizan aproximadamente 14 consultas diarias.	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, versión 0 del 07/2022, se encuentra que los usuarios fueron atendidos a la hora asignada en la agenda.	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 el momento de la asignación de la cita se soliicita al paciente que aporte la historia clínica y los examenes complemetarios el día de la valoración. El paciente ingresa a la consulta, la encargada de hacer la presentación del equipo es la profesional en medicina, todo el equipo muldisciplinario realiza la revisión de la historia clínica, despues se hace la socialización de lo encontrado y se determina cual es el diagnóstico mas relevante, dedican aproximadamente 15 minutos en la revisión de esta historia clínica.	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, la profesional en medicina realiza la presentación del equipo multidisciplinario, la psicologa explica la primera parte del cuestionario y la fisioterapeuta termina el cuestionario, la psicologa explica que esta valoración no aplica como valoración de pérdida de capacidad laboral.	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, la medición del tiempo es llevada a cabo por el profesional en fisioterapia.	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 denominado actualización de datos y consentimiento para la atención médica- discapacidad con código HC-FT-02 V.3 que deben firmar todos los pacientes, el equipo multidisciplinario explica de manera verbal este item, este documento se debe ajustar ampliando la explicación que este certificado será utilizado 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.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
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 denominado actualización de datos y consentimiento para la atención médica- discapacidad con código HC-FT-02 V.3 que deben firmar todos los pacientes, el equipo multidisciplinario explica de manera verbal este item, este documento se debe ajustar incluyendo que es un documento personal e intrasferible.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
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 denominado actualización de datos y consentimiento para la atención médica- discapacidad con código HC-FT-02 V.3 que deben firmar todos los pacientes, este documento se debe ampliar incluyendo el paso a paso de la ruta para acceder al certificado de discapacidad.	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 institución cuenta con un documento denominado actualización de datos y consentimiento para la atención médica- discapacidad con código HC-FT-02 V.3 que deben firmar todos los pacientes, este documento se debe ampliar incluyendo lo definido por la normatividad vigene para solicitar una segunda opinión.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
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 denominado actualización de datos y consentimiento para la atención médica- discapacidad con código HC-FT-02 V.3 que deben firmar todos los pacientes, este documento se debe ajustar incluyendo que si el resultado establece que si la persona solicitante no tiene discapacidad, no se generará certificado.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**4,230769231**	**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 instituicón cuenta con un consultorio ubicado en el 3 piso (303) para realizar las valoraciones para certificación de discapacidad, a la semana la IPS realiza aproximadamente 40 consultas. La institución cuenta con 27 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 tercerr piso para realizar la valoración de discapacidad, cuentan con dos computadores, impresora, scaner, la conexión a internet es por wifi y cable y suministros de papelería. Cuenta con un perfil administrativo para realizar las funciones de asignación de citas, entrega de certificados y entrega de consentimiento informado.	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.	En el momento de la asignación de la cita se indaga sobre los apoyos o ajustes razonables establecidos por el médico tratante.	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)	Para personas con baja función visual cuentan con regla de semaforización para determinar el grado de dificultad en la ejecución de acitivdades y los consultorios cuentan con señalización. Desde el ingreso al edificio el personal de vigilancia anuncia al paciente y un funcionario de la IPS se encarga de recibirlo y desplazarlo por las instalaciones.	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)	Para personas con discapacidad auditiva cuentan con regla de semaforización para determinar el grado de dificultad en la ejecución de acitivdades. La institución cuenta con un profesional que tiene manejo del lenguaje de señas quien apoya el proceso de ser necesario y trasmiten video en las salas de espera en lenguaje de señas para socializar el proceso de certificación.	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 ascensor, baños para pacientes con discapacidad física, silla de ruedas, 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)		Para personas con discapacidad psicosocial cuentan con regla de semaforización para determinar el grado de dificultad en la ejecución de actitvidades, utilizan comunicación alternativa para la atención de estos pacientes.	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 77% de oportunidad y 23% de inoportunidad. 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 90% de oportunidad y 10% inoportunidad.	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 Manejo paciente certificado de discapacidad V 1, incluir roles del equipo certificador, consentimiento informado con los criterios solicitados de acuerdo a la normatividad vigente, definir los perfiles con los que cuenta la IPS para el proceso de certificación, incluir el proceso de medición de satisfacción del usuario y el de capacitaciones. Este documento se debe actualizar, socializar y realizar 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 y al interior de la IPS		La institución ha participado de las reuniones de los entes territoriales, participan los profesionales del equipo multidisciplinario, sino pueden asistir se realiza socialización de la reunión y firman formato de asistencia a capacitación código TH-FT-008 V.2, la última socialización se realizó el 11/11/2022.	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 o quejas, ubicado en la salida del consultorio, cuenta con formato de sugerencias, quejas, reclamos y feliciitaciones en donde se registran la información del ciudadano y la descripción de la situación. La institución realiza seguimiento mensual, a la fecha no se han reportado quejas directamente a la IPS, se han recibido dos quejas de esta IPS en la Secretaria Distrital de Salud con numeros de identificación 80744057 por oportunidad en la cita, la solicitud de valoración llego a la IPS el 27/01/2021 y fue atendida el 22/01/2022, y del número de cédula 1023018660la solicitud de valoración llegó el 22/05/2022 no asistio a consulta el 31/05/2022 y la valoración fue 07/06/2022.	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 cuenta con una formato de encuesta de satisfacción general para la IPS con 3 preguntas, esta se debe ajustar teniendo encuenta los criterios específicos de la consulta de certificación, se deben consolidar y retroalimentar los resultados.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
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 institución debe verificar que los documentos estén completos para el envió oportuno, enviar certificación bancaria actual del mismo mes, parafiscales de los meses que se van a cobrar o facturar.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
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**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**80%**
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 registro en donde no se diligencio correctamente la información de localidad.	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)		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 70 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 cuenta con 20 casos abiertos.	CUMPLIMIENTO PARCIAL	3
RESULTADO PROMEDIO DEL CRITERIO	**3,5**	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO**		**70%**

RESULTADO DE LA VISITA

ITEM	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	4,3	87%
D	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	4	4,0	80%
E	CALIDAD DEL DATO	1	3,5	70%
TOTAL		**13**	**4,16**	**83%**

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 A. Equipo Multidisciplinario: La IPS en el formato denominado actualización de datos y consentimiento para la atención médica- discapacidad con código HC-FT-02 V.3, el cual debe ajustar incluyendo información relacionada con el certificado de discapacidad como documento personal e intransferible, que la información derivada del certificado apoya la formulación de políticas, que al no estar de acuerdo con el resultado tiene derecho a una segunda valoración, socializar la ruta por la cual se puede acceder al certificado y por último incluir que al no presentar discapacidad no se generar certificado. Lo anterior dando cumplimiento a la normatividad vigente.
Criterio B. Capacidad Instalada: La IPS debe crear estrategias que garanticen que el promedio de tiempo para cada valoración sea de cuarenta (40) minutos como lo indica 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 Manejo Paciente Certificado de Discapacidad V 1, al cual deberán incluir roles del equipo certificador, consentimiento informado con los criterios solicitados de acuerdo a la normatividad vigente, definir los perfiles con los que cuenta la IPS para el proceso de certificación, incluir ajustes razonables con los que cuentan, incluir el proceso de medición de satisfacción del usuario y el de capacitaciones. Este documento se debe actualizar, socializar y realizar medición de la adherencia. De igual manera en este criterio, se deberá generar un formato con el cual se racialice la medición de satisfacción del proceso de certificación e implementar estrategias que den cumplimiento al proceso de facturación conforme a las directrices de la Secretaria Distrital de Salud.
Criterio E. Calidad del Dato: La IPS deberá implementar estrategias con las que se perfeccione el diligenciamiento de la variable localidad de vivienda del usuario en la información cargada en el en el aplicativo SISPRO y garantizar que los casos se encuentren en estado cerrados

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 semanales, 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 hace entrega oportuna del certificado de discapacidad al usuario y a su vez tienen estrategias en los casos que se presente alguna eventualidad.
•La IPS al interior realiza capacitación al talento humano asistencial, administrativo y servicios generales.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES
•La institución presentó un cumplimiento parcial del 83% de los cinco (5) criterios evaluados, cumpliendo con dos (2) ítems con puntajes mayores al 87% y tres (3) ítems con cumplimiento parcial por debajo del 85%.
• La institución en el criterio equipo multidisciplinario presenta el 85% de cumplimiento, por lo que debe continuar realizando acciones de fortalecimiento a los 8 ítem con criterio de cumplimiento total y generar mejoras a los que se encuentran en cumplimient parcial de acuerdo a lo solicitado en cada ítem.
• El criterio de capacidad instalada tiene un cumplimiento del 94%, en donde los 6 ítem se encuentran con criterio de cumplimiento total, sin embargo, se deberá implementar acciones con las cuales se garantice el tiempo valoración acorde a lo establecido e la normatividad vigente.
•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 80% quedando en cumplimiento parcial, para cumplir en el 100% se debe realizar ajustes al documento denominado Manejo Paciente Certificado de Discapacidad V 1, ajustar el format de medición de satisfacción el cual sea específico para el proceso de discapacidad y cumplir con los criterios establecidos para el proceso de facturación.
•en el criterio de calidad del dato la institución tiene cumplimiento parcial con el 70%, debe realizar adecuado diligenciamiento de la información cargada en el aplicativo SISPRO y dar cierre a los casos que a la fecha se encentran en estado iniciado.
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.
•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 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.
•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 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	