PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

- **IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE**
- Denominación del Programa de Formación: **INDUCCIÓN**
- Código del Programa de Formación:
- Nombre del Proyecto**: IDENTIFICAR LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL.**
- Fase del Proyecto: **INDUCCIÓN**
- Actividad de Proyecto**: RECONOCER EL CONTEXTO NORMATIVO Y EMPRESARIAL PARA IDENTIFICAR EL MODELO CORPORATIVO DE LA GESTIÓN.**
- Competencia: **RESULTADO DE APRENDIZAJE DE LA INDUCCIÓN**
- Resultados de Aprendizaje Alcanzar: **IDENTIFICAR LA DINÁMICA ORGANIZACIONAL DEL SENA Y EL ROL DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON SU PROYECTO DE VIDA Y EL DESARROLLO PROFESIONAL**
- Duración de la Guía: **48 HORAS**

2. PRESENTACIÓN

- Motivar hacia la actividad de aprendizaje en consideración a las fortalezas que aportará en el desarrollo de habilidades y destrezas
- Guiar y organizar el aprendizaje de manera que se oriente al desarrollo integral del aprendiz
- Motivar a la acción, al trabajo autónomo sistemático y organizado
- Relacionar conocimientos previos con los nuevos para la construcción significativa de los mismos
- Promover el aprendizaje colaborativo y el crecimiento integral del grupo

Esta guía tiene como objetivo central, brindar herramientas teóricas y metodológicas a todas aquellas personas que llegan por primera vez a formarse bajo un modelo de aprendizaje por competencias y que, a su vez, les sirva de punto de partida para la reflexión en torno al compromiso personal que se requieren para enfrentar un proceso de formación en torno a un problema de la vida real. Así entonces, le damos una cordial **Bienvenida al Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA",** la más importante Institución de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano, con que cuenta nuestra Colombia, para los colombianos.

Es importante indicarle, el programa de formación que usted inicia en este momento y ha seleccionado bajo su propia voluntad, le brindará la oportunidad de desarrollar sus capacidades, habilidades y talentos, que hará de usted un profesional íntegro y será la ruta que permitirá la construcción de su proyecto de vida y obtener los más grandes logros y éxito en la Educación Superior.

Durante este corto proceso de inducción, podrá conocer a profundidad y enamorarse de la institución más querida por los colombianos, conocer los procesos para poder disfrutar de las oportunidades y beneficios que a partir de hoy nos brinda nuestra Institución para hacer de usted un profesional integral, capaz de resolver problemas reales de nuestro contexto laboral.

En este sentido, resulta fundamental que, desde su nuevo rol de aprendiz, identifique sus derechos, deberes, responsabilidades, construya su proyecto de vida y aproveche cada uno de los instrumentos y herramientas pedagógicas que desde hoy le empieza a brindar su proceso de formación, para que cada uno de estos sean los mejores trampolines para la búsqueda y construcción de su felicidad en torno a su futuro laboral.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1. APERTURA Y BIENVENIDA

Su primer encuentro con el Centro de Formación exige el conocimiento o reconocimiento de la comunidad educativa del SENA y de sus integrantes, para ello se desarrollarán los actos protocolarios y de presentación institucional de forma cordial y afectuosa, identificando su infraestructura, la política institucional y sus normas.

ACTIVIDADES

Reconocimiento sobre la identidad corporativa del SENA (misión, visión y valores Sena), y los videos institucionales. Las actividades se centran en:

- La Presentación general de la institución
- Brindar la bienvenida realizada por los directivos de DIGENERAL y la presentación de la Regional
- Identificación de los símbolos institucionales
- Uso de la imagen corporativa en contextos formativos como: Porte de carné y otros elementos distintivos que fortalecen el uso de marca institucional. Himno SENA, Bandera y Logo
- Identificar los servicios y beneficios que brinda la institución

Entregables de la Actividad

Registro fotográfico /capturas en pantalla
Padlet asociado con la terminología presentada
https://padlet.com/psicologoalejandro1983/h1x1fzh7sv4tip15

3.2 REGLAMENTO AL APRENDIZ – Acuerdo 007 de 2012

El reglamento del aprendiz SENA también es la fuente de información o base que tiene los aprendices para solucionar o aclarar dudas respecto a inquietudes que se presenten facilitando el buen acoplamiento al centro.

ACTIVIDADES

- Identificar los derechos, Deberes y sanciones de acuerdo con la normativa SENA.
- Reconocer las actividades para efectuar los tramites académicos y administrativos de acuerdo con la normativa SENA.
- Prohibiciones, faltas académicas y disciplinarias, medidas formativas y sanciones.
- Identificar los elementos para la Gestión y alternativas de la modalidad de formación "etapa productiva", de acuerdo con los lineamientos institucionales.

Entregables de la Actividad

1. Representación gráfica del proceso (mapa conceptual).

2. Formato de registro de alternativa de etapa productiva.

PAUTAS PARA LA CONVIVENCIA Y CONDUCTO REGULAR DE SOLICITUDES Y TRÁMITES

Los trámites académicos son aquellos pasos que los aprendices adelantan dentro del proceso de matrícula, formación y certificación, o para gestionar solicitudes de traslado, aplazamiento, reingreso y retiro voluntario.

Reconocer el conducto regular para la solicitud y/o gestión de actividades académicas y administrativas de acuerdo con los protocolos establecidos por el Centro de Formación.

- **Producto**
  Protocolo del conducto regular para solicitud y/o gestión de actividades académicas.

3.3. IDENTIFICAR EL MODELO PEDAGÓGICO

Socializar el modelo pedagógico en el que se enmarca la formación profesional integral (FPI) SENA.
Presentar el Modelo Pedagógico Institucional es importante ya que no ejecutamos nuestros programas de formación de la misma manera que cualquier otra institución educativa.

- **Producto**
  Sopa de letras

RITMO Y ESTILOS DE APRENDIZAJE

En esta actividad cada aprendiz desarrollará el test de kolb, el cual deberá ser entregado como evidencia de aprendizaje al de cada programa de formación. https://www.psicoactiva.com/test/educacion-y-aprendizaje/test-de-estilos-de-aprendizaje-de-kolb/
No todas las personas aprendemos de la misma manera, por eso es importante que los aprendices identifiquen sus estilos y ritmos de aprendizaje.
Visualizar el video de estilos de aprendizaje y/o el video de los 4 tipos de alumnos y su forma d prender según el modelo Kolb y luego realizar un test que le permita al aprendiz identificar su estilo

- **Producto**
  Matriz de estilo de aprendizaje David Kolb.

3.4. RECONOCER EL PROGRAMA DE FORMACIÓN

Este espacio permitirá a los aprendices el acercamiento a su programa de formación y su contextualización socieconómica y gestión tecnológica con que cuenta la institución.

ACTIVIDADES

Se realizará una reflexión sobre el objetivo de su proyecto de vida frente al programa de formación. Cada instructor dará a conocer el perfil ocupacional de los programas de formación a los cuales se matricularon.

Para esta actividad se desplazaran a sus ambientes de aprendizaje (VIRTUAL): el líder de ficha creará un ambiente virtual donde tendrá la posibilidad de dar a conocer el programa, su estructura y las herramientas tecnológicas que dispone el SENA para gestionar el aprendizaje de cada uno de sus aprendices.

- **Producto**
  1. Diligenciar la matriz de reconocimiento de mi programa de formación (Conocimiento, desempeño y producto).
  2. En esta actividad se realizará un proceso de identificación de “Mi aprendizaje” en el SENA. Identificando el programa de formación y el proyecto formativo.

RECONOCIMIENTO DE APRENDIZAJES PREVIOS

Establecer el plan de trabajo para la solicitud de reconocimiento de saberes previos.

Se realizará con el fin de reconocer si usted cuenta con conocimientos previos en alguna competencia del programa de formación al cual se ha matriculado.

- **Producto**
  Solicitud del plan de trabajo concertado

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO FORMATIVO

El aprendiz Identificará los elementos del proyecto formativo relacionado con su programa de formación y reconocerá las técnicas e instrumentos de evaluación.

Reconocer el sistema de evaluación SENA y sus componentes de acuerdo con la normativa.

- **Producto**
  1. Mapa conceptual de las fases, actividades del proyecto y producto.
  2. Esquema de correlación instrumentos de evaluación.

PROYECTO DE VIDA: A través del Proyecto de Vida el SENA logra promover las capacidades humanas, la razón práctica y el control de su propio entorno, aportando una estructuración de vida en cada uno de los aprendices. Representatividad de los aprendices y desarrollo del taller ¿Quién quiero ser como aprendiz SENA?, orientado a que los aprendices identifiquen en el marco de su proyecto de vida, los compromisos necesarios para lograr con éxito su formación. "Arbol de la Vida"

- **Producto**

  Arbol de vida, tu proyecto de vida. En formato word realizar el ejercicio describiendo cada uno de lo numerales y subirlo a la plataforma tal como será indicado.

3.5. IDENTIFICAR ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INTEGRALIDAD DE LA FORMACIÓN Y SERVICIOS DE APOYO DE LA ENTIDAD.

La Formación Profesional Integral es el proceso mediante el cual la persona adquiere y desarrolla de manera permanente conocimientos, destrezas y aptitudes e identifica, genera y asume valores y actitudes para su realización humana y su participación activa en el trabajo productivo y en la toma de decisiones sociales

- **AGENCIA PÚBLICA DE EMPLEO – APE:** El SENA, a través de la Agencia Pública de Empleo, gestiona los mecanismos y estrategias de atención dirigidas a poblaciones vulnerables, con el fin de aportar al mejoramiento de su perfil ocupacional y aumentar sus niveles de inserción social y productiva. Este espacio permitirá a los aprendices el acercamiento a su perfil profesional, a la contextualización socioconómico y gestión tecnológica con que cuenta la institución. Socialización del portafolio de servicios APE: inducción al aplicativo de la APE www.agenciapublicadeempleo.sena.edu.co.

- **SENNOVA:** Tiene el propósito de fortalecer los estándares de calidad y pertinencia, en las áreas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación, de la formación profesional impartida en la Entidad. Ecosistema SENNOVA, Dinámica SENNOVA CCyS Y Proyectos destacados y oportunidades de vinculación. Es necesario que usted considere la posibilidad de integrarse a un semillero de investigación. Amplíe la información con el líder SENNOVA y realice su registro siguiendo los procedimientos indicados por su líder.

- **BILINGÜISMO:** El Programa de lenguas del SENA es la respuesta de la Entidad a los requerimientos del sector productivo en cuanto a la formación de sus futuros trabajadores en una lengua extranjera o segunda lengua, que les permita un mejor desempeño laboral, aumentando la competitividad y calidad del servicio de sus empresas en comparación con sus pares a nivel mundial. Reconocer la importancia de aprender un idioma extranjero (inglés) en la FPI y sus implicaciones como futuro egresado. Vincular estrategias gestionadas desde la Dirección de Formación Profesional.

- **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, ha implementado acciones tendientes a garantizar el cumplimiento de las normas vigentes en salud y seguridad en el trabajo. Se darán a conocer las diferentes protocolos y rutas de atención, se identificará la ruta de información para el Covid – 19 y se reconocerá los protocolos de bioseguridad en el contexto de la formación profesional integral.

- **CENTRO DESARROLLO EMPRESARIAL SBDC:** El Centro de Desarrollo Empresarial tiene como objetivo fomentar la cultura emprendedora, impulsar el emprendimiento y fortalecer el desarrollo empresarial para la generación de ingresos y de empleos decentes.

- **BIBLIOTECAS:** Identificar las bases de datos con que cuenta la entidad, como apoyo al proceso formativo. Es importante que como aprendiz conozca los servicios de la Biblioteca y la Red Virtual a la que tienen acceso. La biblioteca es una herramienta muy valiosa que se tiene y casi nunca se utiliza.

- **BIENESTAR AL APRENDIZ:** Contribuye en el desarrollo humano integral de los aprendices, por medio de la definición de lineamientos que se implementen de manera articulada y gradual con el proceso de formación profesional integral. Socialización del área de Bienestar al aprendiz y sus ejes estratégicos. Voceros y representantes de los aprendices (aspectos principales). Actividad lúdica.

3.6. IDENTIFICAR LAS PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS

- Con la interacción de las plataformas tecnológicas con que cuenta el Centro de formación se pretende desarrollar habilidades TIC para el acceso y gestión de su proceso académico mediante: SOFIA Plus y Sajuna
- **Producto**
  1. Actualización de datos del aprendiz en SOFIA Plus.
  2. Ejercicio práctico para la publicación de evidencias de la primera semana de inducción (formato word)
- **AMBIENTE REQUERIDO:** Virtual.

- **MATERIALES:** Computador, Conectividad a Internet

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tome como referencia la técnica e instrumentos de evaluación citados en la guía de Desarrollo Curricular

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento: Preguntas a respuestas sobre Identificación de deberes y derechos de los aprendices Identificación de las ocho modalidades de etapa productiva Identificación del programa de formación Identificación del proyecto formativo	Establece relaciones interpersonales dentro de criterios de libertad, justicia, respeto, responsabilidad, tolerancia y solidaridad según principios y valores universales. Analiza de manera crítica las situaciones pertinentes que contribuyen a la resolución de problemas según los requerimientos de los contextos productivos y sociales. Argumenta y acoge objetivamente los criterios que contribuyen a la resolución de problemas según requerimientos del proceso formativo en función de las	**Cuestionario**

	demandas concretas de los contextos productivos y sociales	
Evidencias de Desempeño Aplicar procedimientos para Identificar el SENA; su identidad corporativa, símbolos, deberes y derechos y normatividad (misión, visión, filosofía, objetivos), y los actores relacionados con el proceso formativo, sus roles según la política institucional	Aborda procesos de trabajo colaborativo orientados hacia la construcción colectiva según los requerimientos de los contextos sociales y productivos. Contribuye en el cuidado y uso de los elementos que integran su entorno formativo y laboral según normas institucionales	**Lista de verificación –** **Observación directa**
Evidencias de Producto: Actualización de datos en SOFIA Plus Estilo de aprendizaje Aprendizajes previos Análisis Mis valores Análisis Formación por proyectos Registro en el sitio agencia pública de empleo	Optimiza los recursos requeridos en el desarrollo de sus actividades formativas y productivas según normas institucionales	**Lista de verificación**

5. GLOSARIO

- **Actitud:** Conducta, disposición de ánimo manifestada de algún modo.
- **Aptitud:** Capacidad para operar competentemente en una determinada actividad.
- **Comunidad educativa:** Conjunto de personas que influyen y son afectadas por un entorno educativo
- **Cultura:** Conjunto de modos de vida y costumbres en una época o en un grupo social.
- **Didáctica Activa:** Propio, adecuado para enseñar o instruir o aprender
- **Evidencia de Aprendizaje:** Manifestación del aprendizaje, que refiere a la comprobación de lo que “sabe”, “sabe hacer” y “es” el aprendiz.
- **Evidencia de desempeño:** Pruebas del saber hacer, relativas a cómo el Aprendiz ejecuta (proceso) una actividad y al resultado (producto) obtenido.
- **Misión:** Razón de ser, el para que, de una empresa, institución.
- **SOFIA**: Sistema Optimizado para la Formación y el Aprendizaje Activo.
- **Técnica Didáctica:** Metodología y método sistematizado que puede ser usado para el desarrollo de determinada actividad de aprendizaje.

- **Programa de Formación.** Es definido con el proceso de diseño curricular y se constituye en el conjunto de condiciones de ingreso y salida del proceso de formación, sujeto a aplicar estrategias metodológicas para desarrollar unas competencias expresadas en unos contenidos.

. 6. REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

Construya o cite documentos de apoyo para el desarrollo de la guía, según lo establecido en la guía de desarrollo curricular

- Acuerdo 007 de 2012, Reglamento al Aprendiz
- https://www.psicoactiva.com/test/educacion-y-aprendizaje/test-de-estilos-de-aprendizaje-de-kolb/ www.agenciapublicadeempleo.sena.edu.co.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Ada Lorena Cerón Rosero	**Coordinadora Académica**	**Coordinación Académica**	**2022**
	Socorro Eugenia Zúñiga Bermeo	**Instructora**		
	Adriana Guzmán Restrepo	**Instructora**		
	Hernán Bonilla	**Instructor**		
	Alejandro Ordóñez	**Instructor**		
	José Manuel Castañeda, Instructor	**Instructor**		
	Jhon Alexander García	**Instructor**		

- **CONTROL DE CAMBIOS** (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
	Equipo Pedagógico Centro		**EPC**	**2024**	

PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnologo de Gestión Admin istrativa del Sector Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121104
- **Nombre del Proyecto:** Propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos de atencion al usuario en un prestador de servicio de salud de la ciudad de Popayán
- **Fase del Proyecto:** Analisis
- **Actividad de Proyecto:** Reconocer el marco normativo y referentes teoricos relacionados con los procesos administrativos en entidades de Salud
- **Competencia:** 230101266 - Orientar personas según normativa de salud
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:** 576821 - 2. Resolver las necesidades de las personas según estándares calidad, protocolos institucionales y normas en salud
- **Duración de la Guía:** 60 Horas

2. PRESENTACIÓN



Respetad@ aprendiz bienvenido a la guía de aprendizaje del resultado Resolver las necesidades de las personas según estándares calidad, protocolos institucionales y normas en salud donde se trabajarán actividades que le permitirán obtener las bases conceptuales sobre el proceso de aseguramiento, afiliación a los regímenes existentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiando los derechos y deberes de los afiliados, la interacción del sistema de salud con los sistemas de los regímenes especiales y de excepción, plan de beneficios pagos compartidos, niveles de complejidad, red de servicios de salud y sus correspondientes actividades de aprendizaje.

Es importante conocer que el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS busca generar condiciones que protejan la salud de los colombianos según establece la Ley Estatutaria, garantizando la universalidad del aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios de salud, preservando la sostenibilidad financiera del sistema, siendo el bienestar del usuario, el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud.

La afiliación en salud se efectúa en el régimen contributivo o subsidiado, a través de las Entidades Promotoras de Salud – EPS

https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-en-salud.aspx

La afiliación a la entidad administradora es la fuente de los derechos en el sistema de seguridad social y, el pago de las cotizaciones es el mecanismo que permite la financiación del sistema y la vigencia de los derechos en el mismo. El sistema de riesgos desarrolla los criterios sobre la afiliación y cotizaciones en forma similar a los que tenía el Seguro Social antes de la Ley 100

Arenas Monsalve, G. (2018). *El derecho colombiano de la seguridad social*. Legis. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=9010

Recuerde estimado aprendiz que debe desarrollar con excelencia y responsabilidad la presente guía, lo cual incluye ser cumplido con la asistencia a la formación, el envío oportuno de las evidencias de aprendizaje y la participación en la realización y socialización de las actividades propuestas.

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

En este apartado se describirán las actividades de aprendizaje para cada una de las competencias que plantea la fase de planeación del proyecto formativo: Propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos de atencion al usuario en un prestador de servicio de salud de la ciudad de Popayán**.**

A continuación se describen las diferentes actividades de aprendizaje que desarrollara en la presente guía de aprendizaje.

3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN INICIAL

Antes de iniciar el desarrollo de las evidencias propuestas en esta guía, es importante reflexionar acerca de la importancia del aseguramiento en salud. Por tanto, es necesario que observe el video que encuentra en los siguientes enlaces:



Fuente: Primera parte: La ministra de Salud designada explica cómo será la reforma de salud de Petro https://youtu.be/qz7Ou5EWMt8



Fuente: Segunda parte: ministra de Salud designada habla sobre el destino de las EPS en el gobierno Petro. https://youtu.be/__boYU1YUS8

Despues de haber escuchado los siguientes videos con la instructora, socialice los aspectos más relevantes sobre la temática propuesta, por medio de un foro de discusión en el ambiente de formación.

3.2 Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje

Estimado Aprendiz, con el desarrollo de las siguientes actividades usted logrará: Reconocer las carateristicas y tipos de aseguramiento en salud; Definir los tipos, mecanismos y características de la afiliación en salud; Identificar los tipos mecanismos y características de los pagos compartidos y por ultimo definir la red de servicios de salud y los niveles de complejidad.



3.3.1 Actividad de Aprendizaje 1: Reconocer las características y tipos de aseguramiento en salud



El sistema de salud es el conjunto articulado y armonico de principios y normas; políticas publicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento; controles, información y evaluación, que el estado dispone parala garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

El Sistema de Protección Social (SPS) desarrolla acciones que contribuyan a que las personas, los hogares y las comunidades manejen el riesgo y a que las poblaciones más vulnerables accedan a bienes y servicios que mejoren sus condiciones de vida. Uno de sus componentes es el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), conjunto de instituciones y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente

las que menoscaban la salud y la capacidad económica con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El SSSI está conformado por los regímenes generales establecidos para salud, riesgos laborales, pensiones y los servicios sociales complementarios. (Ministerio de Salud, s.f.)

Las actividades que se presentan a continuación le permitirán apropiar los conceptos necesarios para que usted como Tecnologo en Gestión Administrativa del Sector Salud pueda identificar las características y tipos de aseguramiento en salud.

Descripción de la Actividad: Apreciados Aprendices en la siguiente actividad realizaran en grupos de trabajo efectuaran una lectura y después realizaran de manera didáctica un diccionario de definiciones sobre el aseguramiento que luego presentaran a sus compañeros con lúdicas que ellos crearon.

Materiales: diapositivas entregadas por la instructora y consulta en la bliblioteca del sena de los siguiente libros: URL
https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=9010&pg=594

Producto se entrega en el ambiente de formación.

3.3.2 Actividad de Aprendizaje 2: Definir la red de servicios de salud y los niveles de complejidad



La clasificación de prestadores por niveles de complejidad nace con la Ley 10 de 1990, en la cual se establecieron responsabilidades a municipios y departamentos en la prestación de servicios, de acuerdo con tres niveles de atención. En el primer nivel, la ley, de manera genérica, clasificó a hospitales locales, centros y puestos de salud; en el segundo y tercero, los hospitales regionales, universitarios y especializados.

Posteriormente, el Decreto 1760 de 1990, que reglamentó la mencionada ley, fijó los criterios para definir el grado de complejidad. Así, las entidades de primer nivel ofrecían atención por personal general, técnico y auxiliar, tecnología de baja complejidad y cobertura de atención tanto a la población del municipio como a la de aquellos municipios cercanos que no tuvieran cobertura

Descripción de la Actividad: Apreciados Aprendices en la siguiente actividad realizaran en grupos de trabajo efectuaran una lectura y después realizaran de manera didáctica en una cartulina realizar un diagrama que explique la clasificación de los nieveles de complejidad y red de servicios de salud.

Materiales: diapositivas entregadas por la instructora y consulta en la bliblioteca del sena de los siguiente libros: URL https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=9010&pg=594

Producto se entrega en el ambiente de formación.

3.3 Actividades de apropiación del conocimiento (Conceptualización y Teorización)

3.3.1 Actividad de Aprendizaje 3: Explicar y definir los tipos, mecanismos y características de la afiliación en salud



La afiliación al sistema de seguridad social en salud es el acto de ingreso al sistema general de seguridad social en salud que se realiza a través del registro del sistema de afiliación transaccional por única vez, y de la inscripción en una entidad promotora de salud EPS o entidad obligada a compensar EOC.

El Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) es una plataforma desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo el mandato incluido en el marco de la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De esta manera se centralizan y mantienen en actualización permanente las novedades de los afiliados al sistema de salud, siendo los afiliados directamente los que incluyen en el sistema los cambios en la información de su grupo familiar.

Descripción de la actividad: Estimados Aprendices en sus grupos de trabajo la siguiente actividad una vez apropiada la normatividad correspondiente al proceso de afiliación, los conceptos y materiales relacionados con el régimen contributivo, régimen subsidiado, régimen excepción y especial; usted como Tecnologo de Gestión Administrativo del Sector Salud puede clasificar a cada uno de los usuarios que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y describir el paso a paso del proceso de afiliación para cada uno de los tipos de usuarios del sistema.

Por lo anterior y retomando todos los conceptos abordados en el material de formación brindado por la instructora, elabore un flujograma con el proceso de afiliación de acuerdo a los grupos poblacionales existentes.

Materiales: diapositivas entregadas por la instructora y consulta en la bliblioteca del sena de los siguiente libros: URL

Arenas Monsalve, G. (2018). *El derecho colombiano de la seguridad social*. Legis. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=9010



Lineamientos generals de la entrega del producto



Producto a entregar	**Formato**	Para hacer el envío de la evidencia remítase al drive de la formación o la plataforma territorium según las indicaciones de la instructora
Flujograma del proceso de afiliación	Entregar el Taller en PDF	

3.3.2 Actividad de Aprendizaje 4: <u>Identificar los tipos mecanismos y características de los pagos compartidos</u>

La última fuente de financiamiento del régimen contributivo, de escasa importancia nanciera pero de gran impacto en la racionalización del uso de los servicios de salud, es la que la ley denomina “pagos moderadores” (L. 100/93, art. 187). Los pagos moderadores no son exclusivos del régimen contributivo, pero en este régimen tienen su mayor aplicación.

Estos pagos, aunque contri-buyen a la financiación de los servicios del plan obligatorio de salud, tienen un carácter reducido y son establecidos según la condición socioeconómica del afiliado, pues la ley señala que no puede convertirse en barreras de acceso al servicio para los afiliados de menos ingresos. Los pagos moderadores también son obligatorios, como las cotizaciones, pero se aplican solo en la medida en que se

utilicen los servicios de salud de la EPS (Ley 100, art. 160, num. 3º). Los ingresos por pagos moderadores ingresan al patrimonio de la entidad promotora.

Arenas Monsalve, G. (2018). *El derecho colombiano de la seguridad social*. Legis. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=9010

Descripción de la actividad: Estimados Aprendices en sus grupos de trabajo la siguiente actividad una vez apropiado el conocimiento del pagos compartidos realizaran un diagrama explicando los diferentes mecanismos y características de los pagos compartidos.

Materiales: diapositivas entregadas por la instructora y consulta en la bliblioteca del sena de los siguiente libros: URL
Arenas Monsalve, G. (2018). *El derecho colombiano de la seguridad social*. Legis. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=9010

Lineamientos generals de la entrega del producto



3.4 Actividades de transferencia de conocimiento

3.4.1 Actividad de Aprendizaje 5: Aplicar casos de acuerdo con normatividad de afiliación.

"La afiliación en salud busca generar condiciones que protejan la salud de los colombianos garantizando la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema, siendo el bienestar del usuario, el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud" (Minsalud, 2021).

Descripción de la Actividad: Estimados aprendices en grupos de trabajo y teniendo encuenta lo aprendido frente a la normatividad del proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizar el análisis de los casos que el instructor entregara. Recuerde que, para desarrollar el proceso de afiliación en los casos, usted debe articular todos los conceptos abordados en la formación.

3.4.2 Actividad de Aprendizaje 6: <u>Diagrama del proceso de afiliación.</u>

Descripción actividad: Por grupos de trabajo estimados aprendices elabore de forma creativa un diagrama informativo para el usuario donde se le dé a conocer la siguiente información general tomando como base la normatividad y los conceptos apropiados en el material de formación:

- Orientación al usuario de acuerdo a su condición para su proceso de afiliación.
- Trámite para el diligenciamiento del formulario de afiliación.
- El trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud.
- Trámite a seguir para servicios no incluidos en el plan de beneficios.
- Direccionamiento a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud.
- Mecanismo de verificación de afiliación al sistema. (Comprobador de derechos).
- Copago y cuotas moderadoras de acuerdo a su régimen de afiliación.



Producto a entregar	**Formato**	Para hacer el envío de la evidencia remítase al drive de la formación o la plataforma territorium según las indicaciones de la instructora
Aanalisis de Casoso y Diagrama	Entregar el Taller en PDF	

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento: Diccionario didáctico aseguramiento Diagrama explique la clasificación de los nieveles de complejidad y red de servicios de salud.	Su imagen y presentación personal está de acuerdo con los protocolos de servicio. Trabaja en equipo en las actividades planeadas de calidad en el marco del respeto por la	Instrumento de Chequeo

Evidencias de Desempeño: Flujograma del proceso de afiliación Diagrama de los pagos compartidos **Evidencias de Producto:** Analisis de casos Diagrama Informativo	diferencia y principios del trabajo colaborativo Presta servicios al usuario acorde con los principios, derechos y limitantes del Sistema General De Seguridad Social En Salud. Elabora el diagnóstico según tipo de organización en salud	

5. GLOSARIO DE TERMINOS

Acceso: En seguridad social es el derecho fundamental de todos los individuos de la población a tener las condiciones adecuadas para entrar al Sistema de seguridad social.

ADRES: Administradora de os recursos del sistema general de seguridad social.
Cobertura: Se refiere al conjunto de acciones que realiza un gobierno para asegurar que todas las personas reciban los servicios de Seguridad social, elemento clave para reducir la desigualdad social.

Complejización: Procesos donde se reúnen varios elementos y procesos que transforman la sociedad.

Contingencia: Se refiere a algo que es probable que ocurra. Así los gobiernos plantean Planes de Contingencia para hacer frente a situaciones que pueden suceder. En seguridad social es la posibilidad que ocurra cierto evento, como la posibilidad de enfermar.

Prestación social: Son un conjunto de medidas que pone en funcionamiento la seguridad social para prever reparar o superar determinadas situaciones o estados de necesidad de los integrantes de la población.

Principio de eficiencia: Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en la prestación de los servicios en seguridad social y la calidad de vida de la población.

Principio de equidad: El sistema de seguridad social debe garantizar el acceso al Plan de beneficios de los afiliados, independiente de su capacidad de pago y condiciones particulares, eliminando situaciones de marginación.

6. REFERENTES BILBIOGRAFICOS

Cartilla de seguridad social y pensiones, Bogotá, Legis, 2019.
YOUNES JEREZ, Simon, Estado social de derecho: Estructura crítica y prospectiva, Bogotá, Universidad Autónoma de Colombia, 2005.

CONSTITUCION POLÍTICA DE COLOMBIA 1991: En ejercicio de su poder soberano, asegura a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente

LEY 100 DE 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

LEY 1122 DEL 2006: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

LEY 1438 DEL 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

LEY 1751 DEL2015 ESTATUTARIA: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN 429 DE 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

LEY 715 DEL 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo 01 de 2001) de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

DECRETO 1683 DEL 2013: Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la ley 1438 sobre portabilidad nacional en el sistema general de seguridad social en salud.

CIRCULAR 024 DEL 2008: Aportes al sistema de seguridad social de las madres comunitarias del programa de hogares comunitarios del instituto colombiano de bienestar familiar –ICBF–

RESOLUCION 794 DEL 2016: Por la cual se adopta el formulario único de afiliación y registro de novedades al sistema general de seguridad social en salud

DECRETO 780 DEL 2016: Compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Sandra Milena Enriquez Tróchez**	**Instructor**	**Comercio y Servicios**	**Febrero 2024**

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnologo Gestión Administrativa del Sector Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121104
- **Nombre del Proyecto:** Propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos de atencion al usuario en un prestador de servicio de salud de la ciudad de Popayán
- **Fase del Proyecto:** Análisis
- **Actividad de Proyecto:** Reconocer el marco normativo y referentes teoricos relacionados con los procesos administrativos en entidades de salud.
- **Competencia:** 220601044 - Monitorear sistemas de gestión de acuerdo con normativa y requerimientos técnicos
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
    - 576880 - 1. Preparar el plan de monitoreo según referentes normativos y políticas institucionales de salud
- **Duración de la Guía:** 90

2. PRESENTACIÓN

“La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición” (M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS - 1988).

"Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente".(Joseph M. Juran).



Calidad como se dijo antes es satisfacer las necesidades de los clientes, logrando hacer de las organizaciones más competitivas en este mundo globalizado, logrando la reducción de costos, presencia y permanencia en el mercado, logrando la máxima productividad por parte de los miembros de la empresa lo cual genera mayores utilidades y generando empleo.

La calidad asistencial ha sido definida como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios haciendo buen uso de los recursos, en salud podemos decir que la calidad incluye desde la pertinencia en la atención y sensación de satisfacción que es percibida por el usuario posterior a ser atendido, en esta misión se aúnan dos componentes, el primero que es el científico brindado por el personal asistencial que atiende al paciente y el otro es el humanitario que involucra el trato del enfermo, información brindada y el ambiente donde se presta la atención, lo cual constituye el concepto de calidad en salud.

Teniendo en cuenta nuestra Constitución de 1991, la Ley 100 de 1993, decretos y resoluciones reglamentarias y, en especial, el Decreto 1011 de 2006, los profesionales del sector salud desarrollan metodologías de mejoramiento continuo, con la finalidad de ofrecer servicios de salud de excelente calidad; para ello es necesario realizar actividades de Auditoría en Salud, que permitan controlar el conjunto de acciones desarrolladas con una interacción adecuada del recurso humano, físico y financiero. La auditoría de los Servicios de Salud se constituye en el instrumento que permite evaluar los diversos factores de los procesos asistenciales y administrativos, controlando el cumplimiento de sus objetivos, normas y procedimientos establecidos, lo que conduce al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

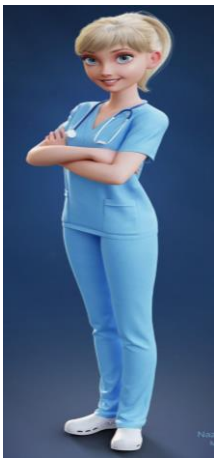


Es importante resaltar además que el crecimiento, posicionamiento y permanencia de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud dependerá, esencialmente, de la calidad en los servicios que ofrecen a los usuarios, lo cual hace necesario que sus procesos, métodos y sistemas sean gerenciados bajo los principios de la filosofía de la Calidad Total.

Con el desarrollo de la siguiente guía aprenderemos los conceptos básicos de calidad, la normatividad vigente y la forma de implementarlos en las instituciones de salud con el fin de brindar servicios competitivos.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 Actividades de aprendizaje 1: Explorar sobre la Calidad en la atención en Salud en Colombia



El Banco Mundial y la Corporación Financiera Internacional (IFC), en conjunto con el ministerio de Salud, presentaron el informe: Evaluación de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia.

El documento expuesto reúne los hallazgos en la prestación del servicio tanto en el ámbito público como privado haciendo un análisis detallado del estado de la calidad de la atención, así como de las estrategias, políticas y regulaciones relacionadas con la sostenibilidad financiera en el sector de la salud; en el siguiente informe se extrae el siguiente parrafo:

“Un estudio reciente estima que, en Colombia, 33.917 muertes por año son atribuibles al sistema de atención en salud; de estos, el 65% (22.080 muertes por año) se debe al uso

de una atención de baja calidad, mientras que el otro 35% (11.836 muertes por año) se debe a una utilización no asistida o un acceso deficiente (Kruk, Gage, Arsenault, & Jordan, 2018). Si bien no se dispone de comparaciones con otros países de la OCDE, se estima que Colombia tiene menos muertes por cada 100.000 habitantes (46) debido a la mala calidad de la atención en comparación con sus pares latinoamericanos como Brasil (74) y México (56). No obstante, las cifrasson asombrosas y apuntan a la necesidad de una mejor comprensión de la calidad de la atención en el país" (Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia Banco Mundial e IFC) 2019

Teniendo en cuenta la lectura anterior, responda las siguientes preguntas:

1. Relato una vivencia en la cual haya adquirido un producto de mala calidad.
2. Relato las características de los diferentes teléfonos que he tenido a lo largo de mi vida, desde el teléfono fijo hasta mi celular actual
3. ¿La calidad genera un costo, considera usted que una organización debe incurrir en este costo? ¿Argumente su respuesta?
4. Participe en el conversatorio sobre situaciones reales que se presentan durante la atención de un usuario en una institución de salud. Identifique aspectos positivos y a mejorar en torno a éstas. Plantee posibles alternativas de resolución respecto a las que lo requieran.

Detalles de la Actividad:



Descripción de la Actividad	Ambiente Requerido	Materiales
Reflexión Inicial Responder preguntas	Ambiente de formación presencial.	Hojas de cuadernillo Lapiceros, borrador.

3.2 Actividades de aprendizaje 2: Describir el sistema obligatorio de garantía de calidad, de acuerdo a las normas

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD



La necesidad que tiene los gerentes de salud, Gerentes de la garantía de la calidad en salud, Asesores metodológicos y Auditores de las empresas de salud de diferentes perfiles, de utilizar la metodología de implantación, desarrollo y evaluación de un Sistema de Garantia de la Calidad en Salud, dada la exigencia legal y normativa, establecida en Colombia y en la mayoría de los países del mundo para las empresas del sector salud. Las empresas públicas y privadas, están obligadas por el estado y la sociedad, a incluir mecanismos legales y herramientas de gestión que faciliten la gestión la planeación, la organización, la ejecución y el control de cada uno de los procesos, implantando y desarrollando estándares que permiten

prestar un servicio de calidad y además, medir el cumplimiento de unas metas y objetivos propuestos que hagan de la empresa un ente competitivo que justifique su existencia, con rendimientos económicos y sociales.

Con la siguiente introducción estimado aprendiz damos un paso a las actividades de contextualización e identificación de conocimientos del Sistema de Garantia de la Calidad en Salud SOGCS, a continuación, se describen las acciones y las correspondientes evidencias que conforma la actividad de aprendizaje. (Isaza 2018. Garantia de la calidad en salud)

3.2.1 Actividad: Describir el sistema obligatorio de garantía de calidad, de acuerdo a las normas

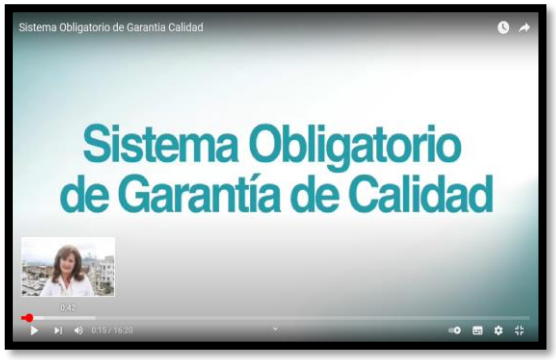
Estimado Aprendiz luego de la revisión de los siguientes videos realizo un foro de participación donde concluyo sobre la importancia de la calidad en salud y lo relaciono con la atención a los pacientes.

Video 1. https://youtu.be/EZLMaMS0ZDM
Video 2. https://youtu.be/cm9R0NlNuLE
Video 3. https://youtu.be/xExyvJxJzDk
Video 4. https://youtu.be/kAfUWAtKtOU



Fuente. https://youtu.be/EZLMaMS0ZDM

En una segunda parte el aprendiz deberá observar el siguiente video acerca del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (enlace: https://www.youtube.com/watch?v=gByiVa-ceZw), donde realizará un resumen que abarque los aspectos más relevantes observados en el video, asocie sus observaciones con los conocimientos que tiene del tema por su experiencia o por la utilización que ha realizado a los servicios de salud en las diferentes instituciones del sector; posteriormente y en mesa redonda exponga su apreciaciones y responda la siguiente pregunta: ¿Utilizaría usted o permitiría que un familiar utilizará los servicios de salud en una institución que no cumple con las condiciones mínimas de habilitación?



Fuente. https://www.youtube.com/watch?v=gByiVa-ceZw

Detalles de la actividad



Descripción de la Actividad	Ambiente Requerido	Materiales
Observar videos Realizar un debate de participación	Ambiente de formación presencial.	Computadores y Plataforma Territorium

3.3 Actividades de aprendizaje 2: Identificar los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad, de acuerdo a las normas

SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

La base de los sistemas de gestión de la calidad está constituida por la implementación de una serie de procedimientos documentados que la empresa utiliza para demostrar que tiene en operación un sistema de calidad controlado y que cuentan con la capacidad para la producción bienes y servicios con calidad, proporcionando cierta garantía al cliente. Prodria decirse que la normas ISO 9000 contituyen un aval al productor por parte de un organismo externo a la misma, reconocido internacionalemte, es decir un ente certificador autorizado y reconocido internacionalmente. Ortiz & Ortiz. Sistemas de Gstión de Calidad. 2016.



Estimado Aprendiz, mediante esta actividad de aprendizaje, podrá interpretar y apropiar para Identificar la situación actual de la implementación de sistemas de gestión de calidad en las instituciones de salud, reconocer las características del sistema obligatorio de garantía de la calidad e Identificar los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

3.3.1. Actividad: Generalidades historia y evolución de la calidad a nivel internacional y nacional

A través de una presentación en Power Point, la instructora expone los antecedentes históricos de la calidad y los beneficios en el mejoramiento continuo. Después se realizará un **Taller de apropiación de conocimientos** que lo encontraran en la carpeta documentos de apoyo se lo suministrara la instructora:

Documento 1. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad.
Documento 2. Tema 1 Conceptos Generales de Calidad

Los aprendices realizan una lectura de cada una de las etapas de la historia de la calidad, y cada equipo colaborativo debe extraer los aspectos importantes de la etapa de la calidad que le fue asignada, para esto deben utilizar las diferentes fuentes del conocimiento.

3.3.2. Actividad: Concer las Normas ISO 9000: conceptos, características, estándares de cumplimiento y analizar el sistema integrado de calidad.



El mundo de la globalización permite que las empresas de los diferentes sectores generen propuestas para mejorar la interacción con el mercado, las relaciones con las partes interesadas y los estándares de calidad de sus servicios o productos. La certificación de las normas ISO, permite la alta competitividad entre las empresas que pertenecen a países potencialmente industrializados, en pleno desarrollo o en transición, con el fin de ser sostenibles en variables económicas, ambientales y sociales. González Ortiz, O. C., Arciniegas Ortiz, J. A.(2020). Sistemas de gestión de calidad: teoría y práctica bajo la norma ISO. ISO 9001:2015, ISO 1400:2015, ISO 45001:2018. Ecoe Ediciones. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=10908

El instructor inicialmente hace una introducción a las normas ISO de calidad y responde preguntas a los aprendices; después de la intervención del instructor y aclaradas las dudas los aprendices procederan con su equipo colaborativo a desarrollar la siguiente actividad:



1) Invente un producto o servicio donde desarrolle los capítulos 5, 6, 7 y 8 de la norma ISO 9001 en cuanto a:
2) Capítulo 5: ¿Cuál es la política de calidad de su producto o servicio? ¿Cuál es la directriz de la dirección para la realización de su producto o servicio?
3) Capítulo 6: Elabore un listado de recursos y de talento humano para la realización de su actividad ¿Qué infraestructura necesita para la realización de su producto o servicio?
4) Capítulo 7: Describa la planificación para la elaboración de su producto Describa el proceso (entrada, actividades y salida) relacionado con el cliente en cuanto a la elaboración de su producto o servicio
5) Describa el diseño y desarrollo de su producto o servicio
6) ¿Cómo pretende prestar su servicio asociado al producto o servicio?
7) Capítulo 8: ¿Cómo pretende medir el impacto de su producto o servicio en los clientes (Encuesta)?
8) ¿Cómo pretende realizar el control de su producto o servicio no conforme?
9) ¿Qué acciones correctivas realiza en su producto o servicio? Nota: el trabajo deberá ser desarrollado por todos los integrantes del equipo colaborativo, se debe enlazar un trabajo al centro de calificaciones, el producto o servicio debe ser ficticio o real y mostrar su producto durante la asesoría programada, si es el caso, dar muestras de su producto.
10) Una vez finalizada la actividad no olvide medir la satisfacción del usuario mediante tabulación de los resultados.

Recuerda estimado aprendiz que para desarrollar el siguiente punto puedes consultar en la bilbioteca virtual del sena https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=7964.



4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento: Taller de apropiación de conocimientos **Evidencias de Desempeño:** Debate de Participación **Evidencias de Producto:** Elaborar la documentación ISO 9001 de Calidad	Define los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad Interpreta y argumenta la importancia del sistema integrado de gestión de calidad en los proceso de la organización Utiliza metodologías establecidas para elaborar diagnóstico según tipo de organización en salud Determina las acciones a realizar según los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud	**Cuestionario Estructurado de preguntas** **Listas de Chequeo**

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACCESIBILIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD. Comprende todas aquellas acciones, políticas, incentivos, sanciones y normativas, tendientes a fomentar o resguardar la calidad, ya proveer a los alumnos, postulantes, diversas instancias privadas y públicas, comunidad internacional, gremios profesionales, académicos.

ATENCIÓN EN SALUD. Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

ATENCIÓN EN SALUD SEGURA. Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

ATENCIÓN INSEGURA. Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

AUDITORIA. Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar hasta qué punto cumplen las políticas, procedimientos o requisitos de referencia.

BARRERA DE SEGURIDAD. Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

CALIDAD. La calidad de la atención en salud se define como el logro de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.

CERTIFICACIÓN. Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos.

CÓDIGO DE ETICA. Conjunto de estándares para la construcción y funcionamiento de los principios de la moral aplicados a las acciones humanas.

COMPLICACIÓN. Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

CONFIABILIDAD. Cierto grado de seguridad de que un dispositivo o sistema opera exitosamente en un ambiente específico durante un cierto período.

CONFIDENCIALIDAD. Es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información. La confidencialidad ha sido definida por la Organización Internacional de Estandarización (ISO) como "garantizar que la información es accesible sólo para aquellos autorizados a tener acceso"

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes.

CONTINUIDAD. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

CULTURA. Es un conjunto de creencias básicas, construidas y compartidas en el tiempo, por un grupo de personas las cuales determinan su forma de pensar, sentir y obrar. Las dimensiones de la cultura son Invisible (conjunto de valores y principios que son comunes y compartidos en forma auténtica por sus integrantes). Visible (Las conductas o comportamientos característicos en esa organización).

EFECTIVIDAD. Concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, consiste en alcanzar los resultados programados a través del uso óptimo de los recursos involucrados.

EFICACIA. Grado en el que una acción alcanza los resultados esperados. La eficacia consiste en concentrar los esfuerzos de una entidad en las actividades y procesos que realmente deben llevarse a cabo para el cumplimiento de los objetivos formulados.

EFICIENCIA. Es el logro de un objetivo al menor costo unitario posible. Se refiere al uso óptimo de recursos en programas, subprogramas y proyectos.

ERROR ASISTENCIAL. Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

ESTANDAR. Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia dónde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.

EVENTO ADVERSO. Es la lesion o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE. Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE. Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

EVENTO CENTINELA. Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurencia.

FACTORES DE RIESGO. Manifestaciones o características medibles u observables de un proceso que indican la presencia de riesgo o tienden a aumentar la exposición. Los factores pueden ser internos o externos a la Entidad.

FOCALIZACIÓN. Centrar algo en un punto o aspecto determinados, generalmente cuando se considera más importante o relevante que otros.

GESTIÓN DE LA CALIDAD. Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad, incluye el establecimiento de la política, los objetivos, la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.

GRADUALIDAD. Que ocurre en forma paulatina y progresiva en grados. Escalonado, progresivo, sucesivo, continuo, graduado, paulatino.

GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN. Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica.

ICONTEC. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, que mediante Decreto 2269 de 1993 es reconocido como el Organismo Nacional de Normalización.

INCIDENTE. Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

INDICADOR. Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo. Estas variables permiten medir, evaluar y comparar, cuantitativamente en el tiempo, su propio comportamiento y su posición relativa respecto de sus similares de otras realidades.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.

MEJORA CONTINUA. Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

OPORTUNIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicio de salud que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud.

PARTICIPACIÓN. Tomar o recibir parte de algo, compartir, noticiar.

PRÁCTICA SEGURA. Intervención tecnológica y cintífica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

PERTINENCIA. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

POLÍTICA. Es una meta y las medidas prioritarias suficientes para conseguir esta meta. Política = Meta + Medida.

PROCESO. El concepto de proceso puede ser entendido como el conjunto de causas que provocan un o unos efectos.

PROTOCOLO. Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio.

RIESGO. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

SEGURIDAD. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

SENCILLEZ. Que no tiene composición, carece de ostentación o no ofrece dificultad.

SERVICIO. Los resultados generados por las actividades en la interrelación entre el proveedor y el cliente y por las actividades internas del proveedor para atender las necesidades del cliente.

TRIAGE. Sistema de clasificación de gravedad de los usuarios en los servicios de urgencias, el cual determina la urgencia de la prestación del servicio, al igual que los recursos necesarios para la prestación del servicio. Es un término de origen francés que significa clasificar para definir prioridades.

USUARIO. Es quién recibe el beneficio pretendido del producto sea o no el comprador del mismo (el paciente).

VALIDEZ. Aquello que es válido o formalmente adecuado, por ajustarse a las reglas, ya sean lógicas, matemáticas o legales.

VERIFICACIÓN. Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

6. REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

Isaza Serrano, Alejandro Tadeo; Garantía de Calidad en Salud Como organizar una empresa del sector salud. Bogota. Ediciones de la U. 2018.

Ortiz González, Oscar y Ortiz Arciniegas Jaime. Sistemas de Gestión de Calidad. Teoría y Práctica bajo la norma ISO. Bogota. Ediciones ECOE. 2019.

Mejía Garcia, Baulio. Auditoria Medica. Para la Garantía de calidad en salud. Quinta edición. Bogotá. Edicion ECOE. 2009.

González Ortiz, O. C., Arciniegas Ortiz, J. A.(2020). Sistemas de gestión de calidad: teoría y práctica bajo la norma ISO. ISO 9001:2015, ISO 1400:2015, ISO 45001:2018. Ecoe Ediciones. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=10908

Norma ISO 9001: 2008 - Sistema de Gestión de Calidad

Decreto 1011 de 2006

http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf

Observatorio de calidad de la atención en salud

http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/documentos.aspx http://www.transformacionproductiva.gov.co

Ministerio de Protección Social
http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13321012010.pdf

La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados. Lic. Sandor Luis Miranda.

Algunos Ejemplos de Mala Calidad en Salud - http://www.gerenteweb.com/documentos/calidad/dc0909031.php

Historia de la Calidad http://www.youtube.com/watch?v=Qzgwoufal3g
Zamarrón, Beatriz (2009). Papeles de trabajo: Auditoría. Argentina: El Cid Editor

López Toledo, Marta Rosa; Martínez Calderín, Leidi Sara; Pérez Falco, Grisel (2009). Calidad en la auditoría: credibilidad y confianza en los auditores. Argentina: El Cid Editor

Video Auditoria de Calidad - http://www.youtube.com/watch?v=j4Gi7OSTNFE

Urquiza, R. Conceptos de Calidad en Salud (2004). Evid. actual. práct. ambul.; 7: 152-155.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Carlos David Castaño Soto** **Adriana Gutiérrez Peña**	**INSTRUCTORES TÉCNICOS**	**Regional Antioquia** **Atlántico** **Distrito Capital**	**27/10/2017**

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	**Sandra Milena Enriquez Tróchez**	**Instructor Tecnico Red Salud**	**Regional Cauca Centro de Comercio y Servicios**	**Abril del 2024**	**Actualización y ajustes a la plantilla y conceptos.**

GC-F-004v.09

LEY 1122 DEL 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones





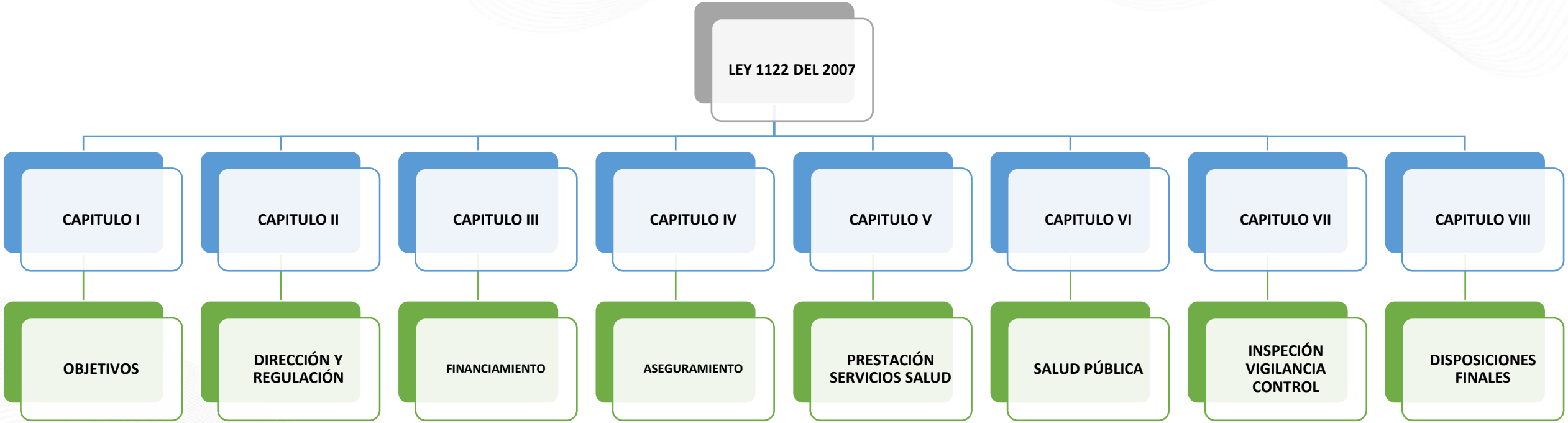
LEY 1122 DEL 2007

SANDRA MILENA ENRIQUEZ TRÓCHEZ
INSTRUCTOR SALUD
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
SENA REGIONAL CAUCA
2023

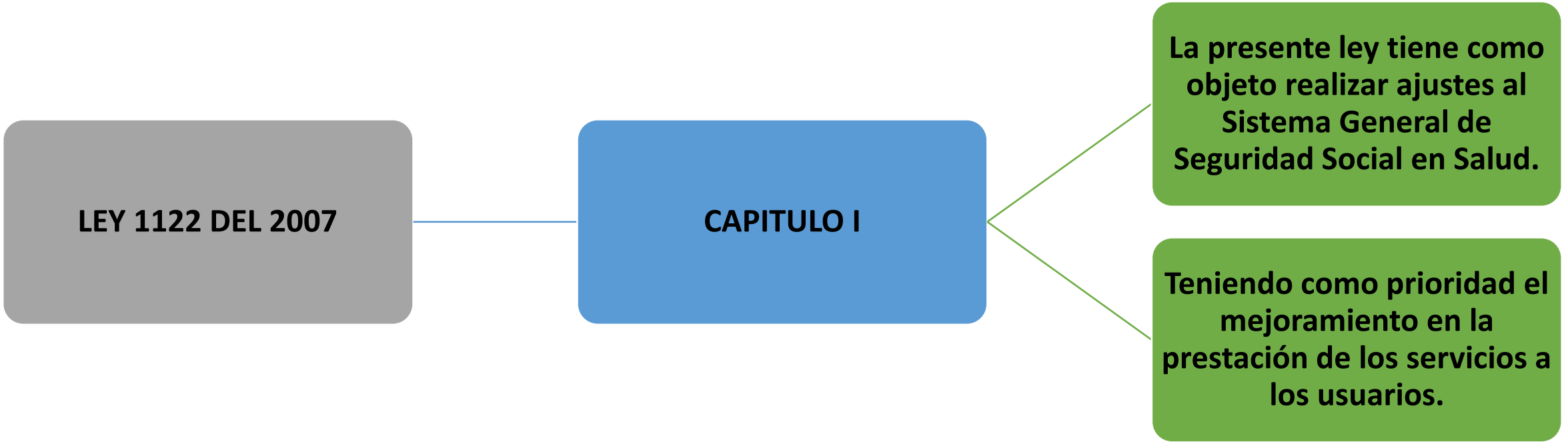
Ley 1122 del 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

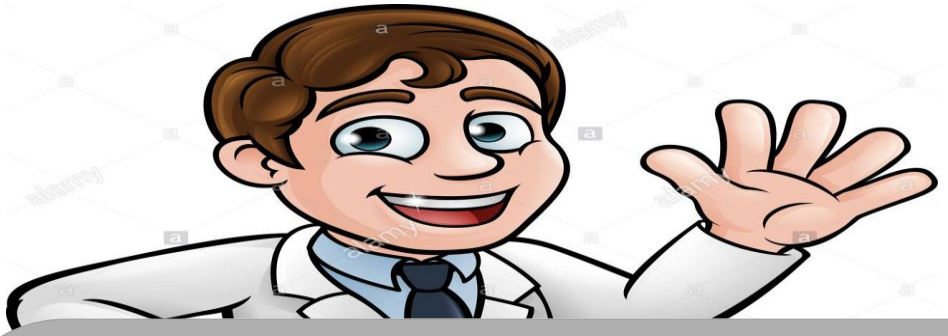



LEY 1122 DEL 2007
CAPITULO I
OBJETIVOS
CAPITULO II
DIRECCIÓN Y REGULACIÓN
CAPITULO III
FINANCIAMIENTO
CAPITULO IV
ASEGURAMIENTO
CAPITULO V
PRESTACIÓN SERVICIOS SALUD
CAPITULO VI
SALUD PÚBLICA
CAPITULO VII
INSPECIÓN VIGILANCIA CONTROL
CAPITULO VIII
DISPOSICIONES FINALES

LEY 1122 DE 2007



LEY 1122 DE 2007

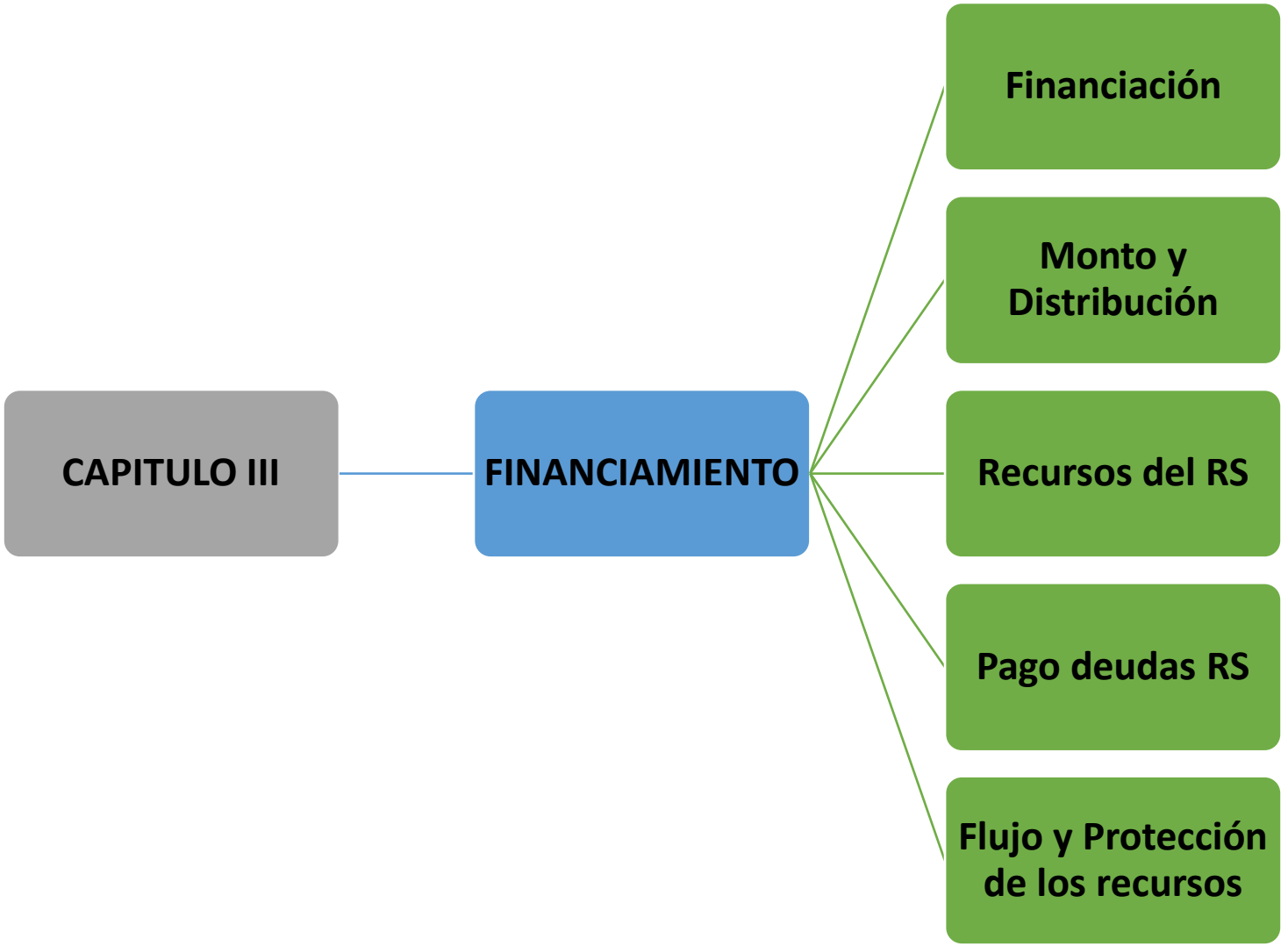


Artículo 1º: Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

LEY 1122 DE 2007



LEY 1122 DE 2007



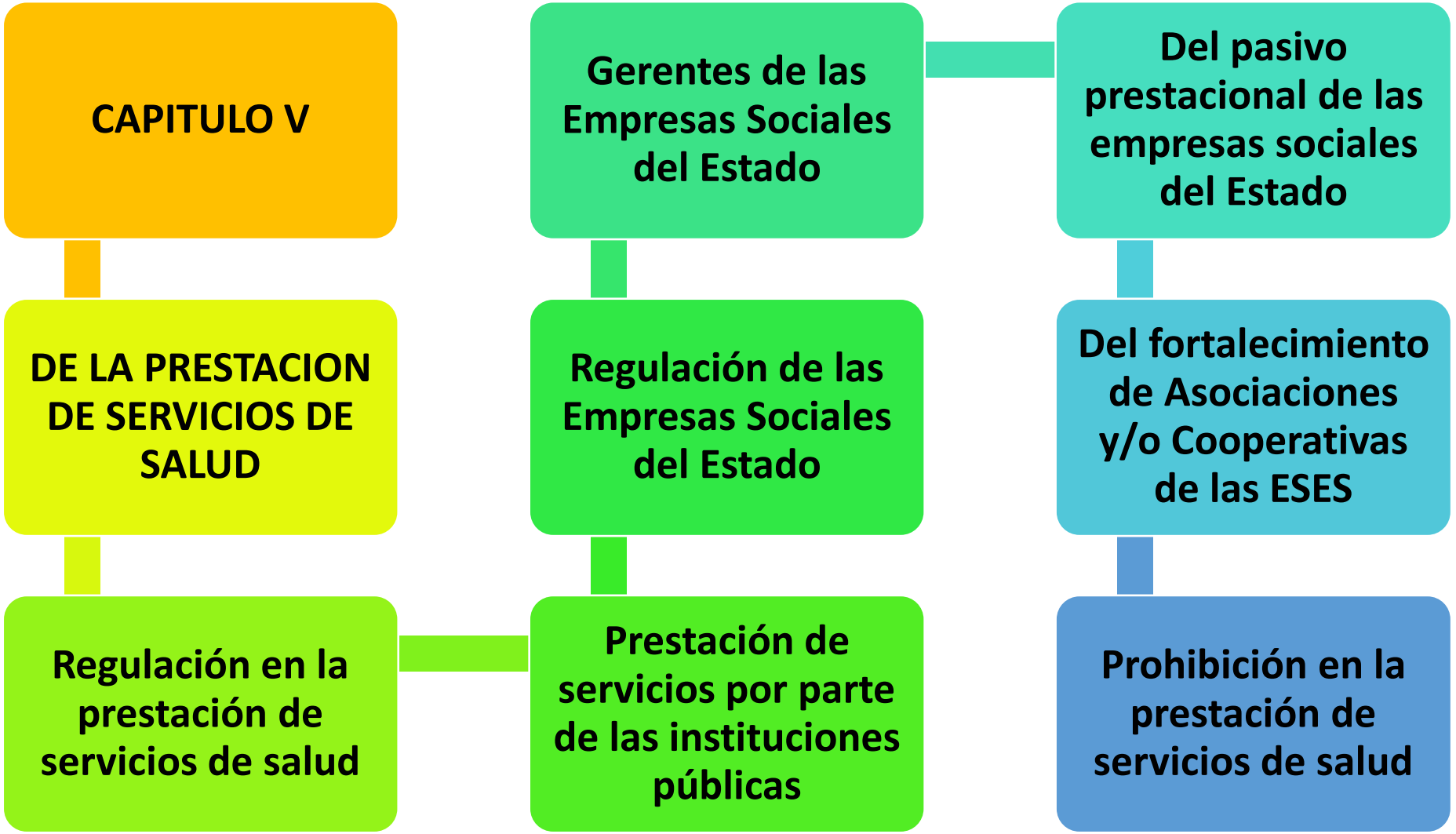
LEY 1122 DE 2007

CAPITULO IV

ASEGURAMIENTO

- Organización del Aseguramiento
- Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante
- Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.
- Liquidación de contratos en el régimen subsidiado.
- Aseguramiento de los independientes contratistas de prestación de servicios.
- Aseguramiento del Alto Costo.
- Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.
- Movilidad entre Regímenes
- Del subsidio a la cotización
- Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios.
- Afiliación de las entidades públicas al Sistema General de Riesgos Profesionales.

LEY 1122 DE 2007



LEY 1122 DEL 2007
CAPITULO VI
SALUD PÚBLICA

PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.



El perfil epidemiológico



Plan financiero
Actores



Prioridad por PABUPC



Plan Nacional de Inmunizaciones



Estilos de Vida Saludable



Coberturas
Metas Morbilidad y mortalidad



Modelos de Atención



Promoción Salud Mental

SALUD PUBLICA



Garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva.

Supervisión SP
INVIMA

LEY 1122 DE 2007

CAPITULO VII

- INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL
- Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.
- Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Defensor del Usuario en salud.

LEY 1122 DE 2007



CAPITULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

- Disposición transitoria - excedentes de la Subcuenta Ecat.
- De la información en el Sistema General de Seguridad Social.
- Régimen de contratación de EPS Públicas.
- Vigencia y Derogatorias

GRACIAS

Línea de atención al ciudadano: 01 8000 910270
Línea de atención al empresario: 01 8000 910682

@SENAComunica

www.sena.edu.co

La salud es de todos

Minsalud

Lineamientos para la verificación de la habilitación de los servicios de salud

Lineamientos para la verificación de la habilitación de los servicios de salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alexander Moscoso Osorio
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Karen Lorena Rincón Ramirez
Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Ana Milena Montes Cruz
Subdirectora de prestación de Servicios

Bogotá, junio 2021

Introducción

El presente documento surge ante la necesidad de los diferentes actores del sistema de salud Colombiano de homologar el modo de verificar los estándares y criterios para la habilitación de los servicios de salud. Su desarrollo se consideró fundamental para facilitar la coordinación, evaluación y control en la aplicación de los conceptos definidos en el mismo, así como para consulta en el cumplimiento de actividades por parte de los diferentes usuarios.

Con la adopción y manejo de los conceptos y elementos en este documento, se definirá cómo se verifican las condiciones establecidas en el Sistema Único de Habilitación, contribuyendo con ello, la lectura uniforme de los estándares y criterios definidos para el funcionamiento de los servicios de salud.

El propósito de este manual es que sea utilizado como un referente técnico para uso obligatorio de las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la Superintendencia Nacional de Salud en su función prevalente de inspección, vigilancia y control, los prestadores de servicios de salud y todos aquellos usuarios que están relacionados con los procesos de inscripción de los prestadores y habilitación de los servicios de salud entre otras actividades, en cumplimiento de lo previsto en la resolución 3100 de 2019.

Teniendo en cuenta que el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud establece los estándares y criterios sin ser exhaustivos, sin abarcar la totalidad de las condiciones y pautas para el funcionamiento de un prestador y los servicios de salud, el desarrollo de estos lineamientos brinda el alcance y la particularidad requerida para su verificación.

Presentación

Objetivo

Unificar en todo el territorio nacional, el modo de verificación de las condiciones de capacidad técnico administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y tecnológica y científica definidas en el Sistema Único de Habilitación.

Bases Normativas

- Constitución Política de Colombia, artículo 48 y 49
- Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”
- Conpes 3446 de 2006 “Lineamientos para una política nacional de Calidad”
- Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, en el componente del Sistema Único de Habilitación
- Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”

Explicación de la Estructura del presente Manual

Para la lectura de este Manual se debe tener en cuenta que se conservan los numerales originales del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la Resolución 3100 de 2019, tanto en los contenidos como en los estándares y criterios de los servicios de salud.,.

Los títulos sin numeral son adicionales a los que se encuentran definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la Resolución 3100 de 2019.

Solamente se relacionan los servicios de salud en los cuáles se consideró relevante precisar algunos temas. Se debe recordar que la norma no es exhaustiva ni pretende abarcar la totalidad de las situaciones que se puedan presentar en la dinámica de la prestación de los servicios de salud.

Cuando en este Manual se haga alusión a “prestadores” se entiende que aplica a todos los prestadores definidos en el numeral 7 del Manual que hace parte de la Resolución 3100 de 2019.

El numeral 11.1. y la tabla aplicable a “Todos los Servicios” del presente manual, contiene el desarrollo de la totalidad de los estándares y criterios objeto de precisión o aclaración, junto con el modo de verificación.

Las tablas correspondientes a los diferentes servicios en los cuáles se consideró relevante precisar algunos temas, contienen los estándares y criterios junto con el modo de verificación,

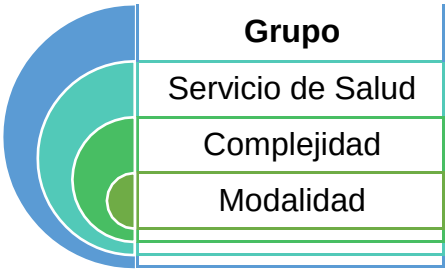
Relación de los anexos:

- Anexo 1 Cambios taxonómicos Res.3100 de 2019 frente a la Resolución 2003 de 2014.
- Anexo 2 Documentos para inscripción, novedades y visitas de verificación.

Capítulo I - Generalidades

1. Estructura de los servicios de salud

La taxonomía de la norma de habilitación parte del servicio de salud como unidad básica habilitable sobre el cual están planteados los estándares y criterios de habilitación. Los servicios se integran en 5 grupos y pueden ser prestados en una o varias modalidades y complejidades. A algunos servicios no les aplica complejidad.



La norma de habilitación de servicios de salud define dentro de su estructura, la taxonomía de los servicios de salud contemplados por los diferentes grupos de servicios, de tal manera que el prestador pueda identificar las modalidades y las complejidades en las cuales se puede habilitar cada uno de los servicios. Esta taxonomía se refleja en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS.

Ejemplo: Taxonomía de los servicios de salud

GRUPO CONSULTA EXTERNA

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

Estructura del servicio:

Complejidad: Baja

Modalidades de prestación:

- Intramural
- Extramural: Unidad móvil, Jornada de Salud y Domiciliaria
- Telemedicina – Categorías:
  - Interactiva – prestador de referencia
  - No interactiva – prestador de referencia
  - Telexperticia sincrónico y asincrónico - prestador remisor y prestador de referencia
    - Entre dos profesionales
    - Entre personal no profesional de salud y profesional de la salud
  - Telemonitoreo: Sincrónico y asincrónico - prestador remisor y prestador de referencia

1.1 Grupo

Se representan a continuación los grupos con el número de servicios que los integran.

Figura 1. Grupo de servicios



El Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud - REPS responde a la taxonomía y estructura planteadas, sin embargo, se encuentran codificados un número mayor de servicios y esto en razón a que en el grupo de consulta externa y el grupo quirúrgico se despliegan una serie de códigos que corresponden a las denominaciones definidas en concordancia con la Ley de Talento humano en salud según los programas académicos en salud aprobados por el Ministerio de Educación Nacional.

Ejemplo:

Grupo de consulta externa
Servicios de Salud

- Enfermería
- Estomatología
- Gastroenterología
- Genética
- Medicina Física y del Deporte
- (…)

1.2 Servicio de Salud

Teniendo en cuenta que la unidad básica habilitable es el servicio de salud, siempre un prestador de servicios debe habilitar al menos un servicio., Es necesario precisar que, quien habilite un servicio será el responsable por la prestación del mismo, por lo tanto, no se permite la subcontratación o tercerización de un servicio habilitado por un prestador.

Ahora bien, tratándose del estándar de interdependencia, los servicios interdependientes que apoyan un servicio habilitado, podrán ser dependientes o independientes.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que las alianzas estratégicas no son reguladas por la norma de habilitación vigente, de tal manera que cualquiera que ellas deben cumplir con las normas que rijan al respecto.

Cuando se conformen uniones temporales y consorcios, se precisa que estas figuras no son habilitables. Los prestadores de servicios de salud que hagan parte de las mismas deberán estar inscritos y con los servicios habilitados.

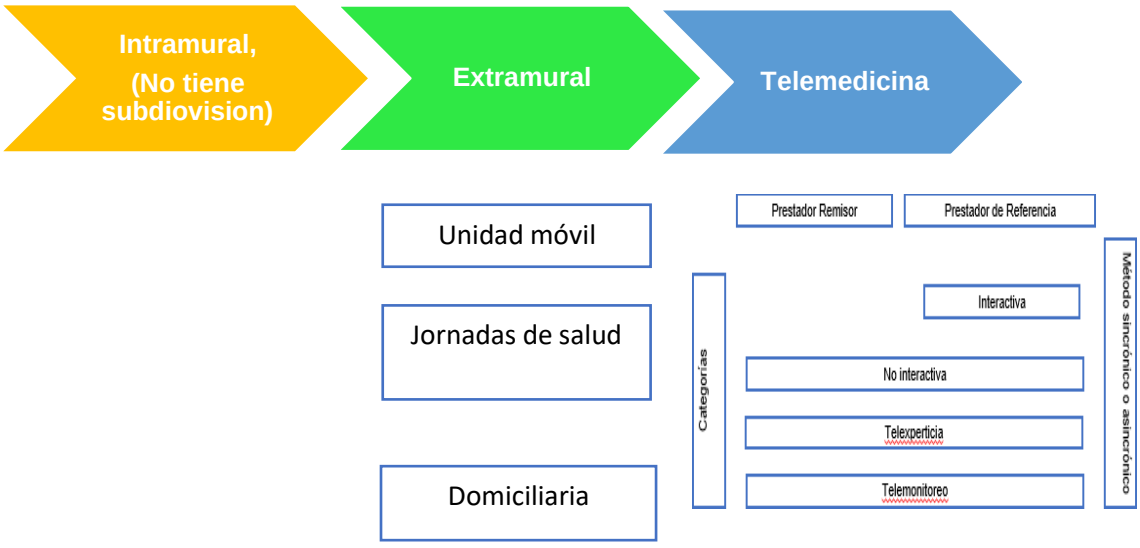
1.3 Modalidades de prestación de servicios

Las modalidades de prestación de servicios son formas de prestar un servicio de salud y como tales, por si solas no son habilitables, recordando que la habilitación corresponde a los servicios de salud.

Un servicio puede prestarse en más de una modalidad y el prestador debe registrarlas en el REPS. No se requiere como prerrequisito para habilitar un servicio en las modalidades extramural y de telemedicina (prestador de referencia) tener habilitado el servicio en la modalidad intramural.

La Resolución 3100 de 2019 establece tres modalidades: intramural, extramural y telemedicina, que a su vez tienen las siguientes subdivisiones:

Figura 2. Modalidades de prestación de servicios



Un prestador puede simultáneamente prestar un servicio de salud en dos modalidades o más, por ejemplo:

Un prestador que habilita el servicio de consulta externa de medicina general puede prestarlo en la modalidad jornada de salud y también en la modalidad de telemedicina.

Se aclara que los servicios de transporte asistencial y atención prehospitalaria se prestan en modalidad extramural en ninguna subdivisión.

Cuando en el marco de la prestación de servicios de salud en las modalidades extramural - jornada de salud y unidad móvil, el prestador documente la realización de procedimientos quirúrgicos ambulatorios, debe anexar el documento que evidencie el acuerdo con el o los prestadores inscritos con servicios habilitados ubicados en el área geográfica donde se va prestar el servicio y es en el único caso en el cual aplica anexar el mencionado documento.

La Ley 1709 de 2014 por la cual se establece disposiciones relacionadas con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad y la Resolución 5159 de 2015, “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC”; definen la extramuralidad como la atención brindada por prestadores de servicios de salud primarios ubicados por fuera de los establecimientos de reclusión, a través de los cuales los usuarios acceden al servicio cuando no es posible la atención por parte del prestador primario intramural; en este sentido, los prestadores que brinden servicios de salud en la modalidad extramural, deberán cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido en el Decreto 1011 de 2006 hoy compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas que lo desarrollan, modifiquen o sustituyan, cuya norma reglamentaria es la Resolución 3100 de 2019.

La modalidad de telemedicina tiene cuatro categorías; cada una con características que reflejan el relacionamiento del personal de salud con el paciente usando Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. La modalidad puede ser ofrecida por cualquier prestador en cualquier área de la geografía nacional. A continuación, algunos ejemplos de su uso:

Tabla 1. Categorías de la telemedicina

Categoría	Ejemplos de actividades	Método de Comunicación	Relacionamiento
Telemedicina interactiva	Consulta general y especializada y Rehabilitación	Exclusivamente sincrónico	Profesional de la salud directamente con usuario. Relación a través de videollamada en tiempo real.
Telemedicina no interactiva	Segundas opiniones Lecturas de Imágenes Diagnósticas.	Exclusivamente asincrónico	Profesional de la salud directamente con usuario, sin respuesta inmediata. Podrá ser a través de texto o imágenes. Relación a distancia usando comunicación asincrónica, servicios que no requieren de respuesta inmediata.
Telexperticia	Consulta general y especializada. Soporte a decisiones clínicas en todos los grupos de servicios (Resolución 3100 de 2019) Imágenes Diagnósticas	Sincrónico y asincrónico	1. Dos (2) profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro apoya a distancia. 2. Personal de salud no profesional (técnico o auxiliar) que atiende presencialmente al usuario y un (1) profesional de la salud a distancia. 3. Profesionales de la salud en junta médica. Realizan una interconsulta o brindan una asesoría solicitada por el médico tratante.
Telemonitoreo	Seguimiento a pacientes crónicos.	Sincrónico y asincrónico	Relación entre el personal de un prestador de servicios de salud y un usuario en cualquier lugar donde se encuentre a través de plataforma TIC que

	Seguimiento a distancia de datos clínicos Mecanismos de alerta y respuesta		recopila y trasmite a distancia datos clínicos. Seguimiento a distancia de datos clínicos almacenados y transmitidos. Respuesta relacionada con datos transmitidos.

1.4 Complejidad de los servicios de salud

La norma de habilitación establece tres complejidades en las que se puede prestar un servicio de salud, como se muestra en la figura 3. Adicionalmente, se determinan algunos servicios sin complejidad, porque no existen condiciones diferenciales que las determinen.

En la estructura de los servicios de salud se determinan las complejidades en las que se puede habilitar. El prestador debe definir una sola complejidad (la más alta que pueda prestar) y cumplir los criterios correspondientes.

Figura 3. Complejidades de los servicios de salud



Ejemplo:

SERVICIO DE URGENCIAS

Complejidades: Baja, mediana y alta.

Se debe tener en cuenta que el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, solo le permite habilitar el servicio en la complejidad más alta que determine el prestador, previo cumplimiento de los criterios que establezca la resolución 3100 de 2019. Una vez habilitado el servicio, para cambiar de complejidad, se debe aplicar la novedad correspondiente teniendo en cuenta que, para cambiar de mediana a alta, se requiere visita previa y para cambiar de baja a medina se podrá aplicar el trámite en línea sin visita previa.

Los siguientes servicios no tienen complejidad asociada, porque no existen criterios diferenciales que requieran clasificar el servicio por complejidad,

Grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio de radiología odontológica
Servicio de gestión pretransfusional
Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico
Servicio de laboratorio clínico
Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas

Servicio de laboratorio de citologías servicio-uterinas
Servicio de laboratorio de histotecnología

2. Prestación de servicios de salud con apoyo de organismos de cooperación

Es posible que un organismo internacional de cooperación o una organización no gubernamental quiera apoyar la prestación de servicios de salud ya sea por razones de carácter humanitario o altruista.

Estos organismos pueden prestar servicios de salud directamente realizando la inscripción como un prestador de servicios de salud o en alianza con una Institución de Servicios de Salud – IPS inscrita en el REPS en el departamento o distrito donde se prestarán los servicios de salud.

La IPS con la cual se realiza el convenio debe realizar los trámites de autorización para la prestación de servicios de salud con este tipo de organismos, cumpliendo los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019.

La temporalidad o frecuencia de la prestación de servicios de salud con dicho apoyo será definida entre el prestador y el respectivo organismo, lo cual queda formalizado en el acuerdo escrito o contrato entre estos.

No existe restricción sobre servicios y sus modalidades y complejidades que pueden darse con el apoyo de estos organismos, teniendo en cuenta que el cumplimiento de los estándares y criterios de los servicios a prestarse en el marco de dicho contrato o convenio es responsabilidad de la IPS, independiente de los servicios que la IPS tenga habilitados.

3. Prestación de servicios de salud en situaciones de emergencia

La declaratoria de situaciones de emergencia es competencia del Gobierno Nacional y lo hará a través de un acto administrativo, por lo tanto, la verificación del cumplimiento de lo definido en este numeral se hará cada vez que se decrete una emergencia.

4. Prestadores de servicios de salud

Los prestadores de servicios de salud se encuentran definidos en el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud en el numeral 7.

Figura 4. Clases de prestadores de servicios de salud



La clase de prestador de servicios de salud, debe coincidir con el alcance del documento legal de creación, para el caso de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades con objeto social diferente y Transporte especial de pacientes.

Para el caso del profesional independiente, no podrá contratar profesionales de salud para la atención ofertada en el servicio habilitado, teniendo en cuenta que es autónomo en la prestación del servicio, no obstante, puede apoyarse con personal con niveles de formación de técnicos y auxiliares.

Cuando el prestador de servicios de salud desee ofertar sus servicios bajo otra clase de prestador, deberá realizar el cierre en la clase de prestador que se encuentre registrado e iniciar la inscripción como un nuevo prestador de servicios de salud. No existe la novedad de cambio de clase de prestador de servicios de salud.

Capítulo II - Habilitación de servicios de salud

1. Condiciones de habilitación

Las condiciones de habilitación son tres:

1. Capacidad técnico administrativa
2. Suficiencia patrimonial y financiera
3. Capacidad Tecnológica y científica

Se debe recordar que las condiciones de habilitación incluyen los requisitos que deben cumplir los prestadores según como realicen su inscripción en el REPS.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica incluyen los 7 estándares y los criterios definidos para cada estándar.

Los criterios definidos en cada uno de los estándares tienen el fin de minimizar los riesgos en la atención en salud; por lo tanto, se centran en hacer referencia a las condiciones mínimas donde los beneficios de los servicios de salud superan los riesgos potenciales. Por lo tanto, no abarcan la totalidad de las condiciones y criterios para el funcionamiento de los prestadores y de los servicios de salud.

Tabla 2. Aplicabilidad de las condiciones de habilitación de acuerdo con el tipo de prestador de servicios de salud

Tipo de prestador	Capacidad técnico administrativa	Suficiencia patrimonial y financiera	Tecnológica y científica
Profesional Independiente	No aplica	No aplica	Aplica
IPS	Aplica	Aplica	Aplica
Trasporte especial de pacientes	Aplica sólo para persona jurídica	No aplica	Aplica
Entidades con objeto social diferente	Aplican sólo las de Existencia y Representación Legal	No aplica	Aplica

1.1 Condiciones de capacidad técnico administrativa

Los documentos que debe presentar el prestador para cumplir estas condiciones deben ser originales, cuando no se mencione que es copia y/o fotocopia y pueden ser visualizados en medio electrónico y se acepta la firma digital.

1.2 Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

El pasivo corriente corresponde al Pasivo exigible < 360 días.

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud se evidencian con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador.

Para la inscripción en el Registro Especial de Prestador de Servicios de Salud -REPS, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se pueden tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.

1.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica

Las condiciones técnico científicas las conforman los estándares y criterios definidos en cada uno de los servicios de salud contenidos en manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, adoptado por la Resolución 3100 de 2019 y son de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud que habiliten servicios de salud.

El enfoque de riesgo es el eje sobre el cual giran los criterios de habilitación y debe ser cumplido y verificado por parte de los diferentes actores en forma obligatoria.

La forma de autoevaluar el cumplimiento de las condiciones técnico científicas parte del cumplimiento de los criterios que le apliquen al servicio autoevaluado dentro del capítulo de “todos los servicios” para luego proceder a realizar la autoevaluación del servicio específicamente ofertado.

2. Pasos para la inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud

En la siguiente figura se ilustran los pasos que debe seguir el prestador de servicios de salud y la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, durante el proceso de inscripción y habilitación de servicios de salud.

Figura 5. Pasos para la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios



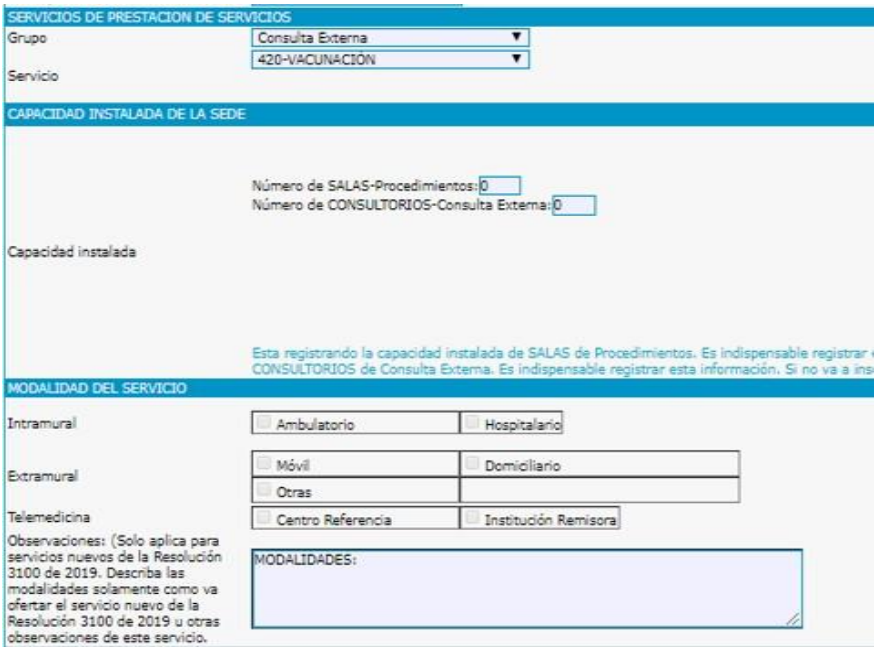
2.1 Realizar la autoevaluación

La autoevaluación es una responsabilidad del prestador de servicios de salud, e implica el conocimiento normativo previo a la decisión de inscribirse como prestador y previo a la habilitación de los servicios que pretende ofertar y prestar. Cuando el prestador revisa lo definido en la norma de habilitación y verifica internamente que cumple con lo establecido en la misma, realiza su declaración de cumplimiento en el REPS, momento en el cual se concreta la autoevaluación, quedando la trazabilidad de dicho registro en el REPS.

Existen diferentes momentos en los cuales se debe realizar la autoevaluación, estos momentos se encuentran definidos en el artículo 5 de la Resolución 3100 de 2019.

Como parte de la autoevaluación se encuentra la verificación del cumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad tecnológica y científica, según aplique a cada tipo de prestador. Como parte de las condiciones tecnológicas y científicas, el prestador debe verificar los estándares y criterios establecidos para cada servicio que pretende habilitar, así como el cumplimiento de los criterios aplicables a “Todos los Servicios” según aplique a los servicios de salud a habilitar.

Cuando se registren los servicios, se debe tener en cuenta la siguiente funcionalidad en el REPS:



En esta funcionalidad se selecciona el grupo y nombre del servicio, la capacidad instalada, la modalidad y la complejidad del servicio en el campo correspondiente a cada una.

Al terminar de registrar los servicios y sus atributos, el prestador debe imprimir el formulario de inscripción y anexar el documento que describe la declaración de la autoevaluación de cada servicio y los demás soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud y finalmente radicarlos ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital correspondiente.,

2.2 Asistencia Técnica

Cuando un prestador de servicios de salud evidencie dificultades en su proceso de autoevaluación, y en la comprensión de los criterios que debe cumplir, puede acercarse a la secretaría de salud departamental o distrital de salud correspondiente, con el fin de solicitar la asistencia técnica requerida.

Las Secretarias Departamentales o Distritales de Salud, tienen la competencia de brindar asesoría y orientación, conforme lo definido en la Ley 715 de 2001, articulo 43.

2.3 Diligenciar y radicar el formulario de inscripción

Cuando un prestador va a determinar su sede, debe tener en cuenta que la sede corresponde a un domicilio con su dirección o nomenclatura correspondiente, registrada en la oficina de catastro de su jurisdicción. Adicionalmente, cuando un prestador cuente con varias sedes, tendrá la potestad de definir cuál registrará como su sede principal en el REPS.

Es importante registrar datos como piso, consultorio, bloque, entre otros y realizar las actualizaciones correspondientes en el REPS.

Cuando se realiza la inscripción en el REPS, el prestador debe, imprimir y radicar el formulario con toda la información diligenciada, en la Secretaria Departamental o Distrital de Salud. ; Una vez inscrito el prestador y habilitados sus servicios, las novedades en el REPS tendrán trámite en línea o radicación en medio físico, de acuerdo a lo determinado en la resolución 3100 de 2019.

Como paso previo a la obtención de la licencia de práctica médica de los equipos generadores de radiaciones ionizantes el prestador debe cumplir con lo definido en la Resolución 482 de 2018 o a la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Los documentos que soportan la inscripción de los prestadores de servicios de salud, y que se requieren como copia impresa, pueden ser presentados en medio magnético, si la Secretaria Departamental o Distrital de Salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, así lo determina.

En el caso puntual del estudio de vulnerabilidad estructural de las edificaciones donde se presten servicios de salud, el prestador puede presentar una evidencia del documento que identifique que el estudio fue elaborado o ejecutado (actas de recibo de los estudios, contrato, entre otros). Es decir, no implica la entrega del estudio como tal.

El plan de emergencia hospitalario aplica cuando la IPS cuente con servicios´ de hospitalización, al resto de IPS les aplica contar con plan para emergencias.

En caso de contar con ambulancias en arrendamiento mediante un contrato, convenio y/o acuerdo de voluntades, dicho documento será válido como autorización del propietario.

El certificado de instalaciones eléctricas no requiere un formato específico de reporte.

2.4 Diligenciar y radicar el formulario de inscripción

2.4.1 Profesional Independiente de Salud.

Se debe tener en cuenta que si el profesional independiente habilita el servicio de transporte asistencial de pacientes o el servicio de atención prehospitalaria debe anexar:

-Copia impresa de la tarjeta de propiedad de los vehículos o documento equivalente, si estos se encuentran a nombre de una persona diferente del representante legal adicionalmente anexar documento de autorización del propietario donde indique que los vehículos harán parte de la capacidad instalada del servicio a habilitar.

-Copia impresa del certificado de revisión técnico – mecánica de los vehículos o documento equivalente, cuando aplique de conformidad con las normas que regulan la materia.

2.4.2 Entidades con objeto social diferente.

Se debe tener en cuenta que si las entidades con objeto social diferente declaran el servicio de transporte asistencial de pacientes o el servicio de atención prehospitalaria debe anexar:

-Copia impresa de la tarjeta de propiedad de los vehículos o documento equivalente, si estos se encuentran a nombre de una persona diferente del representante legal,

adicionalmente anexar documento de autorización del propietario donde indique que los vehículos harán parte de la capacidad instalada del servicio a habilitar.

-Copia impresa del certificado de revisión técnico – mecánica de los vehículos o documento equivalente, cuando aplique, de conformidad con las normas que regulan la materia.

2.4.3 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS.

En el numeral j. Copia impresa del plan hospitalario para emergencias, Se aclara que el plan hospitalario para emergencias únicamente aplica cuando la IPS cuente con servicios de internación, las IPS con servicios diferentes a internación a excepción del servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas, deben contar con plan para emergencias.

Cuando la IPS presente el estudio de vulnerabilidad estructural, será válida la evidencia de la ejecución del mismo (acta, contrato, entre otros), no implica la presentación del estudio como tal.

2.5 Habilitación de servicios de salud

Para los prestadores y los servicios de salud que no requieren visita previa, una vez inscrito el prestador en el REPS y expedida la constancia de habilitación y autorizada la generación del distintivo de habilitación, se considera habilitado el servicio.

Cuando se registra una IPS nueva o servicios que requieren visita previa, requerirá como paso previo a la inscripción y habilitación de los servicios, la verificación del cumplimiento de lo requerido en la norma de habilitación, por parte de la secretaría de salud departamental o distrital de salud correspondiente.

Para los servicios de salud que requieran visita previa, cuando la secretaría de salud departamental o distrital de salud correspondiente, registre el resultado del cumplimiento del servicio, el REPS expedirá la constancia de habilitación y la autorizará para generar del distintivo de habilitación, a partir de ese momento se considerará habilitado el servicio.

En resumen, un servicio de salud se encuentra habilitado cuando se registra en el REPS y su constancia de habilitación contiene la información de cada uno de los servicios habilitados.

Para los profesionales independientes, objeto social diferente e IPS, en el proceso de inscripción se exige:

Copia impresa del certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas.

- Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas y animales, o atenten contra el medio ambiente.Adicionalmente el prestador deberá presentar un plan de ajustes de las instalaciones eléctricas.

- Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas para la prestación de servicios de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC.

Durante la verificación, se debe tener en cuenta que la certificación de conformidad de las instalaciones eléctricas, debe corresponder a “instalaciones para edificaciones de asistencia médica”, adicionalmente, el prestador podrá certificar únicamente lo correspondiente al área o ambiente donde se presta el servicio (instalaciones eléctricas específicas de las áreas y ambientes del prestador). El término “edificaciones de asistencia médica” incluye edificaciones de uso exclusivo en salud y edificaciones de uso mixto donde se presten servicios de salud.

La información del certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas, puede ser entregada en medio magnético.

2.5.1 Distintivos de habilitación

Durante las visitas de verificación de las condiciones de habilitación, se identificará que el prestador de servicios de salud tenga publicados los distintivos actualizados y correspondientes a los servicios habilitados y que se encuentren en un lugar visible para los usuarios.

2.6 Generalidades de las visitas

El objetivo de la verificación de las condiciones de habilitación es constatar el cumplimiento de la norma de habilitación por parte de los prestadores de servicios de salud, desde el enfoque de seguridad del paciente.

Esta labor requiere el desarrollo de los siguientes pasos que se dan antes, durante y después de la visita de verificación.

2.6.1 Principios del profesional verificador

Los profesionales a cargo de la verificación de las condiciones de habilitación deben regirse por los siguientes principios:

Integridad profesional

- Realizar su labor con ética, honestidad y responsabilidad.
- Realizar la labor de verificación únicamente si cumple con los requisitos para hacerlo.
- Informar en la reunión de apertura al líder del grupo de verificación, cuando existen conflictos de interés de alguno de los miembros de la comisión de verificación, para que cesen las obligaciones como verificador antes de iniciar la visita.
- Realizar análisis razonados en todas las situaciones que puedan darse durante la visita.
- Estar actualizado en los conocimientos relacionados con la labor de verificación.
- Comprender la importancia de la labor de verificación.

Imparcialidad

- Ejecutar la verificación de manera imparcial, permanecer ecuánime y sin sesgo en todas las acciones a cargo.
- Registrar en el informe de la visita de verificación, con veracidad y exactitud los hallazgos frente a lo definido en la norma de habilitación.
- La comunicación con el prestador durante la visita, debe ser respetuosa, empática, veraz, objetiva, oportuna, clara y completa.

Confidencialidad

- Proteger la información del prestador a la cual accede y demás información que le haya sido confiada, especialmente aquella de carácter sensible o confidencial y no divulgarla.

Enfoque normativo en SUH

- Registrar los hallazgos de las visitas verificables y soportados únicamente en la resolución 3100 de 2019, es decir que por ningún motivo puede registrarse hallazgo por un criterio o requisito no establecido en la mencionada norma.

- En caso de evidenciarse algún incumplimiento de otras normas, Informar por escrito a la autoridad competente para las acciones pertinentes.

2.6.2 Pasos de la verificación

Los siguientes pasos tienen por objeto establecer un orden lógico y brindar las herramientas necesarias para llevar a cabo con éxito la labor de verificación de las condiciones de habilitación.

Figura 6. Pasos de la verificación



2.6.3 Planeación

- **Este paso de acuerdo al tipo de visita, contempla:**

- Objetivo y alcance de la visita a realizar tomando como referencia los tipos de visita establecidos en los artículos 14, 15 y 16 de la Resolución 3100 de 2019.
- Definir el prestador y los servicios a verificar
- Definir la comisión de verificación, designando un líder que coordine las actividades, lleve la vocería frente al prestador y responda por los informes de la visita.
- Disponer los instrumentos para realizar y documentar la verificación.
- Teniendo en cuenta que las secretarias de salud vigilan el cumplimiento de varias normas diferentes a la de habilitación, es importante desde la planeación tener definido el alcance de la visita en enfoque de habilitación.

La comisión de verificación debe estar integrada por profesionales que cuenten con la capacitación y entrenamiento técnico de acuerdo con lo establecido en el Decreto que define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad vigente y la Resolución 077 de 2007. El verificador que cumpla con dicho requisito tiene la capacidad técnica para la verificación de cualquier servicio y estándar, teniendo en cuenta que no se asocian perfiles profesionales en la verificación a servicios o estándares específicos. No obstante, las secretarias de salud pueden contar con equipos multidisciplinarios donde participen profesionales idóneos frente al servicio a verificar. Adicionalmente, pueden acompañar el equipo con expertos en áreas especializadas y especificas del conocimiento para conceptuar acerca de aspectos puntuales, estos expertos no requieren contar con la capacitación y entrenamiento técnico mencionado.

La expedición de una nueva norma de habilitación no exige que el verificador realice nuevamente el curso de verificación, debido a que el Ministerio de Salud y Protección Social es el encargado de realizar la actualización normativa, y las secretarías de salud departamentales o distritales, de mantener la preparación respectiva de los verificadores con base en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, de tal manera que el equipo de verificación esté actualizado y homologado, para lo cual, se debe propiciar ejercicios de estudio continuo de la norma y homologación de conceptos.

Debe asignarse las responsabilidades a cada verificador y definir un líder de la visita quien coordina el grupo de verificación y el desarrollo de la visita. Adicionalmente es quien actúa como interlocutor entre el prestador y la comisión de verificación. Es importante resaltar que todos los miembros del equipo verificador deben tomar las decisiones de manera consensuada, evitando que estas se tomen de manera unilateral sin el debido análisis por parte de todo el equipo verificador. La Secretaria de Salud debe establecer un procedimiento para resolver las situaciones donde no existe consenso de grupo. La visita de verificación debe ser acompañada por al menos un funcionario de planta de la secretaria de salud departamental o distrital, quien debe contar con la capacitación y entrenamiento técnico ya mencionado.

La conformación de la comisión y la duración de la visita, debe plantearse de acuerdo con los siguientes aspectos:

- Estar integrada mínimo por dos verificadores.
- Tamaño del prestador y sus sedes.
- Oferta de servicios: cantidad, complejidad y demás características.

- Fechas y lugares.

- **El alistamiento de los instrumentos y recursos para el desarrollo de la visita incluye:**

Preparación de documentos:

Previo a la realización de las visitas la comisión deberá contar con:

- Formatos para diligenciar las actas de apertura y cierre de la visita.
- Documentos de identificación que acredite a los integrantes de la comisión como verificadores de la secretaría de salud departamental o distrital.
- Agenda de la visita elaborada con base en la información del prestador y la conformación de la comisión de verificación.

Necesidades de desplazamiento de la comisión de verificación:

- Transporte
- Trámite administrativo de comisión de servicios, cuando haya desplazamientos que lo requieran.
- Tiempos requeridos para el traslado en cumplimiento de la agenda.

Comunicación de la visita:

- Las visitas previas, de certificación y de reactivación, deben ser comunicadas al prestador como mínimo con un (1) día hábil de antelación, por medios físicos o electrónicos. Comunicada la visita, el prestador de servicios de salud no podrá presentar novedades mientras esta no haya concluido.
- La comunicación de la visita deberá contener como mínimo:
    - Fecha de inicio de la visita.
    - Servicio o servicios a verificar, indicando su código, nombre, modalidad y complejidad
    - Nombres y apellidos de los integrantes de la comisión de verificación.

- **Ejecución de la visita**

Presentación de la comisión de verificación

La comisión de verificación debe presentarse formalmente en la sede del prestador, en la hora y fecha comunicada, identificando a cada integrante ante el responsable de atender la visita (representante legal o designado formal por éste), explicando el motivo, los objetivos de la visita y los días o las horas destinadas para la visita.

En caso de no recibirse la visita por parte del prestador, se dejará constancia de ello mediante acta.

Reunión de apertura de la visita

El verificador designado como coordinador explicará el objetivo, la agenda, la metodología, los horarios en que se desarrollará visita, evitando exceder los horarios laborales del

prestador y presentará formalmente los integrantes de la comisión de verificación y sus responsabilidades en el desarrollo de la visita. El recorrido se diseñará de manera que se genere el menor traumatismo posible en las actividades asistenciales.

Se solicitará al prestador un ambiente donde la comisión de verificación pueda realizar las actividades administrativas propias en el desarrollo de la visita, de igual manera, se le solicitará la asignación de los profesionales responsables de atender la visita por parte de la institución.

Cuando se trate de una visita de certificación, se compararán los servicios, modalidades, complejidades y capacidad instalada registrados en el REPS con los servicios que efectivamente se encuentre prestando.

Cuando se trate de visita previa y visita de reactivación, se compararán los servicios, modalidades, complejidades y capacidad instalada registrados por el prestador en el formulario de inscripción y habilitación de servicios del REPS, con los servicios que efectivamente ofertará.

La comisión de verificación debe registrar en el acta las diferencias evidenciadas, tanto de los servicios, modalidades, complejidades y capacidad instalada. De evidenciarse diferencias en dicha información, se procederá a dejar constancia en el acta de apertura y la secretaría de salud departamental o distrital, procederá a tomar las medidas que considere pertinentes.

En el acta quedará registrada la explicación dada al responsable de atender la visita acerca de la toma eventual de registros fotográficos como sustento de la visita y demás observaciones a las que hubiere lugar.

Desplazamiento por las áreas del prestador y desarrollo de la visita

Durante el desplazamiento por las instalaciones físicas donde funciona el prestador – sede, se deben verificar todas las áreas y ambientes y los servicios objeto de verificación, es importante que el recorrido se realice teniendo en cuenta la ruta de ingreso y atención de los pacientes hasta su egreso o salida de la sede del prestador.

Verificación

La verificación de los servicios de salud, tiene como paso previo por parte de la comisión de verificación, el conocimiento de los estándares y criterios que establece la norma de habilitación tanto para el prestador, como para los servicios a verificar

Para el desarrollo de la visita se sugiere iniciar por los servicios que requieren mayores condiciones de asepsia (áreas quirúrgicas y de procedimientos), siguiendo por áreas y ambientes de internación, áreas o ambientes de urgencias, de consulta externa, servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, finalizando con áreas y ambientes generales.

Los verificadores durante la visita de verificación deberán estar siempre acompañados por un funcionario o representante del prestador.

La comisión de verificación es la encargada de recopilar, analizar las evidencias y extraer las conclusiones para habilitar o no los servicios verificados, y redactar los informes.

Actitudes y comportamientos durante el desarrollo de la visita

Deberán observarse y ejecutarse las siguientes pautas de comportamiento por parte de los profesionales de la comisión de verificación que realizarán la visita:

- Declarar inhabilidad cuando se considere que pueda estar sesgado por situaciones personales en contra o a favor del prestador visitado, debe comunicar de dicha inhabilidad al coordinador de la visita. Las obligaciones del verificador durante la visita cesan en este caso y la secretaria de salud departamental o distrital correspondiente deberá contar con un plan alterno ante esta situación

- Ser amable y respetuoso con todo el personal del prestador visitado, sin pasar al extremo de la condescendencia frente al prestador.

- Comunicar de una forma clara y concisa, transmitiendo concretamente la información, no se debe dar por sentado que el receptor entenderá el mensaje.

- Evitar roces con el prestador o el personal que labore en sus instalaciones y en ningún momento generar o acceder a enfrentamientos. En caso de controversia con el prestador, propiciar el dialogo con el fin de dirimir el desacuerdo.

- Si el prestador o el personal del prestador llegase a ser agresivo, se suspenderá la visita, dejando constancia de ello en el acta de visita con el fin de adoptar la conducta a que haya lugar.

- Evitar reuniones de tipo personal con el prestador antes, durante y después de la visita.

- Adoptar una actitud formal ante el personal del prestador evitando actitudes impositivas.

- En ningún caso se deben hacer comentarios ni adoptar actitudes despectivas, ni peyorativas respecto al prestador o el personal que labora para éste, sean cuales fueren los hallazgos en la visita.

- Se deben evitar los pronunciamientos sobre el cumplimiento o no de los estándares aún ante la insistencia del prestador ya que puede comprometerse innecesariamente las conductas formales de la secretaría de salud departamental o distrital, se le debe informar al prestador que la secretaría de salud remitirá un informe oficial con los hallazgos de la visita.

- No hacer comentarios durante la visita con el prestador o su personal sobre los hallazgos de visitas realizadas a otros prestadores.

- En la labor de verificación se tendrá acceso a información protegida por reserva legal, por lo tanto, se debe mantener esa reserva y no divulgar tal información. En ningún caso se debe sustraer información del prestador. La reserva también es

aplicable a las autoridades de salud salvo excepciones previstas en la Ley, y su divulgación puede acarrear sanciones.

- No se deben hacer recomendaciones o imposiciones sobre marcas en la dotación o en los medicamentos, dispositivos médicos o insumos, ni sobre asesores que desarrollen actividades relacionadas con el SOGCS.

- Respetar las instrucciones del prestador sobre el acceso, normas de bioseguridad y conductas en las diferentes áreas o ambientes que se están verificando.

- Evitar hablar por teléfono y ausentarse por periodos largos durante la visita, ante cualquier situación de índole personal o relacionada con la visita se debe informar al coordinador de la comisión de verificación.

- No solicitar copias de documentos adicionales a las ya exigidas en el Manual que hace parte de la Resolución 3100 de 2019, es un costo innecesario para el prestador y un aumento inútil del volumen de documentos del informe.

- Cuando no se tiene certeza o sustento técnico para requerir algún criterio, ante las dudas estas deben dirimirse al interior de la comisión de verificación, evitando discusiones delante del prestador, se recomienda solicitar un espacio en el que todos los integrantes de la comisión se reúnan en privado para determinar las acciones a seguir; si aún persisten las dudas se debe solicitar concepto técnico a la instancia superior en la secretaria de salud o de ser necesario al Ministerio de Salud y Protección Social.

- Cuando el prestador manifieste discrepancia frente a la verificación, en primera instancia se debe comunicar de dicha situación al coordinador de la comisión para ser dirimida al interior de la comisión de verificación. Si la comisión no tiene certeza o elementos para dar la respuesta a la situación, continúe con la visita e informe al prestador que realizará la respectiva consulta con las instancias pertinentes.

- Nunca se deben exigir requisitos adicionales a los establecidos en la Resolución 3100 de 2019.

- Durante la visita se recomienda que la comisión de verificación haga un balance intermedio del avance de las tareas asignadas, situaciones presentadas con el fin de adelantar las acciones que sean pertinentes. Para lo anterior se recomienda que se solicite al prestador un espacio en privado.

- Cuidar la presentación personal.

Reunión de cierre de la visita

En la reunión de cierre es importante informar al prestador las acciones que seguirán posterior a la visita y los tiempos de entrega del informe si a ello hubiere lugar.

Entrega de resultados

La elaboración del informe de la visita de verificación de condiciones de habilitación, requiere la articulación de todos los miembros de la comisión, es recomendable que previamente haya una reunión del equipo para dar a conocer los hallazgos en la verificación, se resuelvan desacuerdos y se evalúe conjuntamente los hallazgos y la labor realizada a modo de retroalimentación. Se deben tener en cuenta los tiempos definidos para la entrega del informe al prestador.

Evaluación y mejoramiento

La secretaría de salud departamental o distrital, debe realizar reuniones periódicas en las que realice evaluación al interior de las comisiones de verificación, propendiendo por la mejora en el proceso de verificación, que incluya conocimientos, actitudes y prácticas. Dicha evaluación busca homologar la verificación, resolver inquietudes y discrepancias entre los verificadores, mejorar actitudes y generar acciones de mejora en caso derequerirse.

2.7 PREPARACIÓN POR PARTE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD PARA RECIBIR LAS VISITAS

Las visitas generan una gran expectativa y algunas veces nerviosismo en el prestador o su equipo de trabajo, el prestador debe tener en cuenta lo siguiente:

- Al declarar la autoevaluación de un servicio se está aceptando el cumplimiento de las condiciones de habilitación, por lo tanto, es responsabilidad del prestador la veracidad de lo declarado, es decir que no solamente se cumplen los criterios para el momento de la visita, sino se tiene la obligación de su mantenimiento.

- La información recibida en la notificación de la visita con el fin de designar al personal responsable de atenderla y realizar las acciones requeridas para recibir la visita.

- Informar a todo el personal de la institución sobre el objeto de la visita.

- Cuando el prestador se encuentra inscrito y con servicios habilitados, debe periódicamente realizar el ejercicio de autoevaluación con el fin de identificar fallas y realizar mejoras en caso de ser requerido.

- Si observa que no cumple con algún o algunos criterios de habilitación, debe abstenerse de ofertar y prestar el servicio

- Una vez notificada la visita no podrá realizar novedades, hasta que concluya la verificación.

- Ante cualquier inquietud acerca de la implementación y comprensión de la norma de habilitación, el prestador puede solicitar asistencia técnica o solicitar aclaraciones por escrito a la secretaría de salud departamental o distrital, lo cual no genera costo.

- Se debe definir quién o quienes apoyarán el desarrollo de la visita, definir si va a ser directamente el representante legal o gerente, o un equipo de trabajo, para lo cual se deben asignar previamente roles y responsabilidades

- Es necesario comprender el objetivo de la visita de verificación, la cual está encaminada a determinar el cumplimiento de las condiciones mínimas para garantizar la seguridad de los pacientes durante la atención, definidas en la Resolución 3100 de 2019

- Asegurarse que quienes atienden la visita conozcan los servicios y sus procesos. Es importante que todos los soportes documentales ya sea que estén en físico o en medios electrónicos, se encuentren organizados y de fácil disposición para la visita, teniendo en cuenta que varios verificadores solicitaran simultáneamente información y de la oportunidad con que ésta sea entregada, depende la agilidad y organización de la visita.

2.8 NOVEDADES

El reporte de novedades se realiza a través del REPS mediante un formulario o trámite en línea, que diligencia el prestador de servicios de salud y permite la actualización o modificación de información del prestador, de la sede, de los servicios o de la capacidad instalada, ante la secretaría de salud departamental o distrital, en su respectiva jurisdicción.

Al momento de realizar una novedad, el prestador de servicios de salud debe tener en cuenta:

- Las definiciones de las novedades del prestador, de la sede, de los servicios y de la capacidad instalada.
- Los requisitos definidos para presentar cada una de las novedades.

Diligenciar correctamente el formulario de novedades. Las novedades que permiten el trámite en línea, son:

- Novedades del Prestador: Cambio de datos de contacto. (teléfono y correo electrónico)
- Novedades de la Sede: Cambio de datos de contacto. (teléfono y correo electrónico). Para esta novedad se aplica novedad del prestador y novedad de la sede.
- Novedades de Servicios: Reactivación del servicio, para esta novedad el prestador debe indicar la complejidad del servicio.

    - Apertura de modalidad
    - Cierre de modalidad
    - Cambio de horario de prestación de servicio.
    - Cambio de baja a mediana complejidad
    - Traslado de servicio

- Todas las Novedades de capacidad instalada.

Cuando el prestador realice el registro de novedad en línea, queda aplicada de manera inmediata en el REPS y no requiere ningún trámite adicional por parte del prestador ni de la secretaria de salud departamental o distrital correspondiente.

Para las novedades que no aplica trámite en línea, la secretaria de salud departamental o distrital, debe:

- Confirmar, si la novedad que registra el prestador es la correcta.
- Revisar en forma inmediata los documentos antes de aprobar la novedad.
- Identificar las novedades que requieren visita previa y verificar la documentación entregada por el prestador.

Capítulo III - Estándares y criterios de habilitación para todos los servicios

1. Estándares y criterios aplicables a todos los servicios

En el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, en el numeral 11.1 define los estándares y criterios aplicables a todos los servicios, que son criterios generales que se deben autoevaluar antes de los criterios específicos de los servicios que se vayan a habilitar o verificar. Estos criterios pueden aplicar a varios prestadores de servicios de salud y servicios de salud.

En otras palabras, en el proceso de autoevaluación el prestador debe revisar en primera instancia que criterios le aplican de “Todos los servicios” y consecutivamente los estándares y criterios específicos del servicio que está evaluando incluyendo las modalidades y las complejidades.

En aras del mejoramiento continuo, un prestador puede superar los criterios mínimos exigidos, ejemplos:

- Criterio de talento humano donde se exige contar con médico general: Se considera superado si se cuenta con un médico especialista, por cuanto su pregrado es medicina general.
- Criterio de talento humano donde se exige permanencia mínima de 6 horas, se considera superado si la presencialidad supera las 6 horas.
- Criterio de dotación donde se exige un determinado equipo biomédico que es reemplazado por otro de mayor tecnología. Se considera superado si se puede verificar en la fecha técnica del equipo, que el fin previsto para la dotación exigida en el criterio, se cumple.
- Criterio de infraestructura, cuando se superen las medidas mínimas que se especifican en el criterio.

A continuación, se relacionan los estándares y criterios definidos para “TODOS LOS SERVICIOS”

1.1 Estándar de talento humano

En el estándar de talento humano, tanto en el “cuenta con”, como en la “disponibilidad” y “disponibilidad con permanencia”, se debe contar un documento que evidencie la formalización de la relación que existe entre el talento humano y el prestador para la prestación de los servicios, donde sea explícito como mínimo: días, horas, actividades a desempeñar, servicio en el cual se va a ubicar ese talento humano, firma de las dos partes. La distribución de las horas en la “presencialidad con permanencia” serán definidas por el prestador de manera continua o discontinua.

En el caso de las visitas previas, el documento que evidencia la formalización de la relación entre el talento humano y el prestador para la prestación de los servicios, corresponde a un acuerdo de voluntades o contrato, el cual deberá contener la información descrita anteriormente.

En el caso de prestadores con servicios habilitados se debe contar con un contrato, convenio y/o acuerdo de voluntades que deberá igualmente contener la informacióndescrita anteriormente.

Constancia de asistencia: Es el documento que evidencia que el talento humano en salud ha participado en acciones de formación continua, que incluyen todas las acciones resultantes de las herramientas aplicadas por el prestador.

En el caso de la “Constancia de asistencia” se debe tener en cuenta que el prestador o las entidades que realizan la formación, pueden dar otras denominaciones al mencionado documento, ejemplo: certificación, diploma, curso, entre otros.

Las acciones de formación continua en las visitas previas se verifican a través de la planeación que el prestador documente para el talento humano, frente a los requisitos de la norma.

Cuando en los criterios de talento humano se exija supervisión, se deben tener en cuenta las definiciones de supervisión del personal en entrenamiento y supervisión del talento humano en salud, definidas en el Manual que hace parte de la Resolución 3100 de 2019, según aplique.

Si las actividades de capacitación (acciones de formación continua) definidas en el estándar de talento humano fueron recibidas dentro de la formación (pregrado, postgrado), corresponde al prestador de servicios de salud definir si requiere formación o capacitación adicionales o si cumple con lo requerido para la atención en el servicio. En este último caso, durante la verificación se debe evidenciar que la institución educativa reconocida por el Estado, certifica la formación según lo requerido en el criterio.

En el estándar de Talento Humano es optativo para el prestador definir si tendrá el talento humano en cuenta con o en disponibilidad, adicionales a los exigidos por el servicio. No obstante lo anterior, el prestador debe realizar el estudio de capacidad instalada con el fin de determinar la cantidad de talento humano requerida.

Tabla 3. Modo de verificación del Estándar de Talento Humano

No. Criterio	Criterio	Modo de verificación
1	El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos según aplique de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la	Se debe verificar con cada talento humano la copia del título o certificado de aptitud ocupacional emitida por la entidad educativa autorizada, lo cual aplica también para los posgrados.

No. Criterio	Criterio	Modo de verificación
	resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.	El término “Otros profesionales” hace referencia a lo requerido en algunos servicios, por ejemplo: Laboratorio Clínico: Talento humano profesional que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en las actividades relacionadas con el laboratorio clínico, tales como biólogos, microbiólogos, entre otros. Hospitalización Paciente Crónico: Otros profesionales de la salud de acuerdo con el plan de tratamiento, hace referencia al talento humano adicional al relacionado en “cuenta con” y “disponibilidad” del servicio, tales como: bacteriólogo, terapeuta física, respiratoria, médicos especialistas, entre otros.
2	El talento humano en salud cuenta con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - ReTHUS.	Todos los profesionales de la salud deben tener autorización para ejercer (pregrado). Ninguno puede ejercer sin esta autorización. La forma de verificar es con la autorización del ejercicio profesional emitida por la Entidad Departamental o Distrital de Salud o por el Ministerio de Salud y Protección Social para los graduados antes de la entrega de funciones al Colegio profesional correspondiente. A partir de ese momento verificar inscripción en RETHUS. Psicólogos, Gerontólogos, técnicos y tecnólogos, técnicos profesionales y ocupacionales, deben presentar la autorización del ejercicio emitida por la correspondiente entidad Departamental o Distrital de Salud o el Ministerio de Salud y Protección Social. Los médicos especialistas en medicina laboral requieren Resolución para ejercer su especialidad de acuerdo a la Resolución 4502 de 2012. La única especialidad médica que requiere autorización para ejercer es la Anestesiología.La autorización debe serexpedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Ningún especialista en anestesiología popuede ejercer sin la respectiva autorización. Las demás especialidades se debe verificar mediante el título otorgado por la Institución de educación superior reconocida por el Estado o el registro en el RETHUS realizado por el Colegio profesional correspondiente.

No. Criterio	Criterio	Modo de verificación
		Se debe tener en cuenta en la verificación del RETHUS: Las sanciones, cuando existan, la autorización queda suspendida. Si no se encuentra el registro del profesional por el tiempo que se puede demorar el colegio profesional correspondiente en subir la información, (teniendo en cuenta que por norma son 15 días hábiles), se deberá revisar la autorización del ejercicio mediante los documentos físicos.
3	El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad enla prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Este criterio no aplica para el profesional independiente de salud.	La cuantificación del talento humano debe evidenciarse en un documento que describa la metodología utilizada y el resultado del cálculo. La cuantificación debe realizarse por servicio, teniendo en cuenta: • Modalidades • Complejidades cuando aplique • Días, turnos y horarios según aplique. • Capacidad instalada • Demanda histórica
4	El prestador de servicios de salud que actúe como escenario de práctica formativa en el área de la salud, cuenta con: 4.1 Convenio vigente con la institución educativa autorizada por la entidad competente. 4.2 Información documentada de los mecanismos de supervisión permanente del personal en entrenamiento. 4.3 Estudio de capacidad instalada en el cual se determine el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programade formación y por jornada, para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, estudio que debe ser elaborado teniendo en cuenta los “lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos” publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Verificar la vigencia del convenio o convenios, dependiendo de las instituciones educativas que tengan alianzas educativas con el prestador. Verificar el estudio de capacidad instalada el cual debe corresponder a un documento institucional que describa la metodología utilizada para cuantificar el número máximo de estudiantes que simultáneamente pueden acceder por cada programa de formación. El documento debe incluir además de lo requerido en el criterio, las siguientes variables: • Modalidades y complejidades teniendo en cuenta la capacidad instalada reportada de los servicios.
5.	En los servicios de salud diferentes al servicio de consulta externa especializada de dolor y cuidado paliativo, donde se atienden pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se les decida como conducta médica como parte del plan integral de	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo del dolor y cuidado paliativo, corresponde a la definición de acciones de formacióncontinua del Manual adoptado por la Resolución 3100 de 2019.

No. Criterio	Criterio	Modo de verificación
	cuidado que gestiona el equipo de salud, o por solicitud del paciente, el manejo del dolor y cuidado paliativo, el profesional de la medicina tratante cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuando no sea especialista en dolor y cuidado paliativo.	
6.	El talento humano en salud de los servicios de atención del parto, cuidado intensivo y cuidado intermedio pediátrico y adultos, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo, cumple con la definición decertificado de formación del manual adoptado por la norma de habilitación vigente. En el caso de la gestión del duelo, no existe un referente normativo expedido por el MSPS
7	En los servicios de salud donde se realicen imágenes diagnósticas por ultrasonido, cuenta con médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas o aquellos médicos especialistas, quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades inherentes a su especialidad, para lo cual deberá acreditar el respectivo certificado.	El certificado debe ser expedido por la Institución educativa reconocida por el Estado donde se haya realizado la especialización.
8	Los profesionales de la medicina de los servicios de hospitalización de alta complejidad, hospitalización paciente crónico con ventilador no oncológico, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos; urgencias y servicios del grupo quirúrgico en modalidad intramural no oncológico, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para el cuidado del donante cumpliendo los criterios y competencias establecidos por el Instituto Nacional de Salud.	Se debe verificar que la constancia de asistencia en las acciones de formación continua sea expedida por una entidad que se encuentra en el listado de entidades formadoras de competencias del cuidadodel donante, publicado por el InstitutoNacional de Salud. Pueden acceder al link: https://apps.ins.gov.co/Trasplantes/frm/ofertante/ListadoOfertantesPublico

No. Criterio	Criterio	Modo de verificación
9	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que adicionalmente habiliten el servicio quirúrgico de neurocirugía, tienen disponibilidad de coordinador operativo de trasplantes.	El Coordinador operativo de trasplantes, es el médico que realiza actividades propias de la gestión operativa de la donación en las IPS habilitadas con programas de trasplantes o en las IPS generadoras, que incluye la promoción, identificación, detección de donantes potenciales, obtención del consentimiento informado familiar y manejo de los donantes de órganos y tejidos, entre otros. No existe un título formal de “coordinador operativo de trasplantes”, se verifican las acciones de formación continua. (Constancia de asistencia) La disponibilidad del coordinador operativo de trasplantes debe soportarse mediante un contrato o convenio que certifique la vinculación del médico que realizará las actividades propias de la gestión operativa de donación en la IPS. La IPS debe haber inscrito el coordinador operativo de trasplantes en el Sistema Nacional de Información RedDataINS©, evidenciando el certificado que le expide el INS a través de RedDataINS©
10	El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.	Se debe verificar la existencia de la constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual debe basar su contenido en lo establecido en la Resolución 459 de 2012.
11	El talento humano en salud de los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.	Se debe verificar la existencia de la constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos debebasar su contenido en lo establecido en la Resolución 4568 de 2014.
12	Cuando en un servicio de salud se realicen “pruebas en el punto de atención del paciente – (Point of Care Testing –POCT)”, el talento humano en salud que las realice, con excepción del profesional de bacteriología cuenta con constancia deasistencia en las acciones de formación continua enel manejo de estas pruebas.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua para el manejo de pruebas en el punto atención del paciente-(Point of Care Testing – POCT), cumple con la definición de certificado de formación del manual adoptado por la norma de habilitación vigente.
Procedimientos bajo sedación		
13	13.1 Cuando fuera de salas de cirugía se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, adicional	Las constancias de asistencia en las acciones de formación continua requeridas

No. Criterio	Criterio	Modo de verificación
	al profesional de salud que realiza el procedimiento, cuenta con: 13.1.1 Profesional de la medicina especialista en anestesiología, o Profesional de la medicina o profesional de la odontología, según aplique, el cual será el encargado de administrar el medicamento y realizar el monitoreo continuo del paciente (registro de signos vitales y la respuesta a la sedación). 13.1.2 Todos los profesionales, con excepción del profesional de la medicina especialista en anestesiología, deben demostrar constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital básico y sedación. 13.1.3 Para sedación con óxido nitroso en odontología, el profesional de la odontología cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para el uso clínico y práctico de este gas.	en este punto, cumplen la definición de certificado de formación del manual adoptado por la norma de habilitación vigente. La clasificación de grado de sedación debe quedar registrada en la historia clínica del paciente, por lo tanto, donde se realice sedación, se debe verificar el registro en la historia clínica.
	13.2 Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado III, adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento, cuenta con profesional de la medicina con especialidad médico -quirúrgica, quien será el responsable de administrar la sedación. 13.3 Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado IV, adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento, cuenta con Profesional de la medicina especialista en anestesiología, quien será el responsable de administrar la sedación. 13.4 Cuenta con profesional de la medicina especialista en anestesiología cuando la atención se trate de pacientes con características particulares: poco colaboradores; edades extremas; con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas; antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos	. Verificar las hojas de vida del talento humano que participo en la realización del procedimiento de sedación y los registros de la sedación en la historia clínica.

No. Criterio	Criterio	Modo de verificación
	adversos a algún medicamento utilizado en la sedación, por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación o analgesia.	
Modalidad de Telemedicina prestador remisor – prestador de referencia		
14	Adicional a los criterios del estándar de talento humano enunciados que le aplique, el talento humano en salud que presta directamente un servicio de salud bajo la modalidad de telemedicina, cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de la tecnología utilizada por el prestador, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua requeridas en este punto, cumple con la definición de certificado de formación del manual adoptado por la norma de habilitación vigente. Esta constancia debe evidenciar formación del talento en: • Operación de las plataformas tecnológicas y del sistema de información clínico. • Aspectos normativos de la telemedicina en Colombia • Manejo de los dispositivos que se utilicen para monitorización remota de signos vitales, imágenes médicas análogas y digitales, entre otros, según aplique.

1.2 Estándar de Infraestructura

En edificaciones de uso exclusivo en salud criterio 3, se aclara que los servicios de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica además de compartir un ambiente de aseo, este puede estar en disponibilidad.

Cuando se requiera contar con sistema de llamado por cama, este puede ser audible, visual o sensor de movimiento, entre otros.

Tabla 4. Modo de verificación del Estándar de Infraestructura

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
Edificaciones de uso exclusivo en salud:		
1	Los servicios de salud de urgencias, de atención del parto, hospitalarios y de cirugía que realicen procedimientos quirúrgicos no ambulatorios, solo se pueden prestar en edificaciones de uso exclusivo de salud.	Se debe verificar en la licencia de construcción que el destino de la edificación sea de uso exclusivo de salud. Lo definido en el criterio no restringe que en la edificación se pueda contar con establecimientos que ofrezcan venta de productos comerciales para el confort de los

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		usuarios, si ellos no interfieren en la prestación de los servicios de salud. No es competencia de la norma de habilitación regular los establecimientos de otro sector que estén dentro de las instituciones de salud.
2	Los servicios de salud de: urgencias, cirugía y del grupo de internación, así como en los servicios de salud donde se realice el proceso de esterilización, deben contar con ambiente de aseo de uso exclusivo.	Si estos servicios se prestan en varios niveles de una edificación, se debe contar con un ambiente de aseo por cada nivel.
3	Cuando en una edificación de uso exclusivo de salud funcione más de un prestador de servicios de salud con servicios de los grupos de consulta externa y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, cada prestador cuenta con infraestructura separada y delimitada físicamente. Se pueden compartir los siguientes ambientes y áreas: aseo, salas de espera y unidades sanitarias.	Verificar la existencia y disponibilidad de ambientes y áreas: aseo, salas de espera y unidades sanitarias.
4	Las edificaciones donde se presten servicios de salud de urgencias y del grupo de internación, cuentan con tanque de almacenamiento de agua para el consumo humano que garantice como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, calculado con base en el consumo de 600L por cama/camilla día.	El volumen del tanque debe ser suficiente para garantizar la reserva de agua para 24 horas. Se calcula a partir de la sumatoria de todos los tipos de camas del grupo de internación (hospitalización, camas de cuidados intensivos, intermedios, etc y las camillas de observación de urgencias, X 600 l/día. Adicionalmente, se debe solicitar la ficha técnica de la capacidad de los tanques de agua de la edificación. El criterio no aplica el servicio básico para el consumo de sustancia psicoactivas por tratarse de una internación en infraestructura no hospitalaria.
5	Cuando el prestador de servicios de salud cuente con más de una infraestructura y estas se puedan vincular funcionalmente entre sí, lo harán mediante túnel o puente cubierto, o muro(s) colindante(s) que cuente(n) con acceso(s) que intercomunique(n) las infraestructuras, de uso exclusivo del prestador y adicionalmente cumplen con las siguientes características: 5.1. Ancho que permita la movilización de camas, camillas, sillas de ruedas, equipos biomédicos y personal para el traslado de los pacientes en condiciones seguras.	Cuando se evidencien dos o más infraestructuras o edificaciones de un mismo prestador, vinculadas funcionalmente, se deben verificar las características establecidas normativamente para el tipo de vinculación: Probar el ancho de los accesos, utilizando camillas, sillas de ruedas, equipos biomédicos etc.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	5.2. El piso del túnel o puente debe ser uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres. 5.3. Lo anterior siempre y cuando la norma urbanística de la jurisdicción donde se localizan las sedes, haya aprobado esta forma de vinculación funcional entre las mismas. 5.4. Esta edificación se podrá habilitar como una o varias sedes, de acuerdo con lo que determine el prestador de servicios de salud. Lo anterior siempre y cuando la norma urbanística de la jurisdicción donde se localizan las sedes haya aprobado esta forma de vinculación funcional entre las mismas.	
Edificaciones de uso mixto		
6	Cuando en una edificación de uso mixto funcione más de un prestador de servicios de salud, cada uno cuenta con infraestructura separada y delimitada físicamente. Se pueden compartir las salas de espera y las unidades sanitarias.	Para verificar este criterio, se debe tener en cuenta la definición de edificación de uso mixto del Manual adoptado por la norma de habilitación vigente. el prestador de servicios de salud debe contar con infraestructura separada y delimitada físicamente y se pueden compartir las salas de espera y las unidades sanitarias.
7	En edificaciones de uso mixto pueden funcionar los prestadores de servicios de salud que oferten y presten servicios de los grupos de consulta externa, de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y los servicios del grupo quirúrgico que realicen exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria.	Se debe verificar en la licencia de construcción que el destino de la edificación sea de uso mixto (comercio, oficinas, etc.). En edificaciones de uso mixto no se pueden habilitar servicios del grupo de internación en ninguna de sus modalidades.
Edificaciones de uso exclusivo en salud y edificaciones de uso mixto		
8	Los prestadores de servicios de salud ubicados en edificaciones de hasta tres (3) pisos o niveles contados a partir del nivel más bajo construido, y que funcionen en segundo o tercer nivel o piso, cuentan con ascensor o rampa o sistema alternativo de elevación. El sistema alternativo de elevación no puede ser utilizado cuando se presten servicios hospitalarios, cirugía, urgencias, o de atención del parto.	Los niveles más bajos construidos hacen referencia a los sótanos. Donde no existen sótanos, se cuenta desde el primer nivel o piso, El sistema alternativo de elevación aplica al servicio básico para el consumo de sustancia psicoactivas por tratarse de una internación en infraestructura no hospitalaria Cuando un prestador funcione exclusivamente en un primer nivel o piso, no le aplicará lo definido en este criterio.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		Cuando un prestador funcione en una edificación de uso mixto, el "cuenta con ascensor" aplica para la edificación.
9	Los sistemas alternativos de elevación deben cumplir con las siguientes condiciones: 9.1 Su ubicación no interfiera con el acceso y evacuación de los usuarios por las escaleras. 9.2 Estén disponibles tanto para el acceso como para la evacuación de los usuarios. 9.3 Su manejo sea autónomo. 9.4 Garanticen seguridad durante su uso.	Los sistemas alternativos de elevación son definidos por el prestador y para verificar su cumplimiento, se revisa la ficha técnica y hoja de vida del equipo que soporta el sistema, y su cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo.
10	Las edificaciones con más de tres (3) pisos o niveles, contados a partir del nivel más bajo construido, cuentan con ascensor.	El criterio aplica solamente para edificaciones con más de tres pisos o niveles incluyendo los sótanos. Verificar la hoja de vida del ascensor, su cronograma y soportes de mantenimiento preventivo y correctivo.
11	En edificaciones donde se presten servicios de los grupos de internación, atención del parto, quirúrgicos o urgencias para la movilización de pacientes en camilla, la cabina de los ascensores debe tener las dimensiones interiores mínimas de 2.20 de profundidad y de 1.20 de ancho, que garantice el traslado seguro de los pacientes. Las dimensiones de la cabina podrán ser variables en el o los ascensores que el prestador determine para la movilización de usuarios a pie o en sillas de ruedas.	Este criterio no aplica para el servicio básico para el consumo de sustancias psicoactivas por tratarse de una internación en infraestructura no hospitalaria. Con el fin de garantizar el traslado seguro, se debe revisar la ficha técnica y/o los planos del ascensor, que sea tipo camillero corroborando sus dimensiones en metros. Para la movilización de usuarios a pie o en sillas de ruedas las dimensiones de la cabina podrán ser variables. Se pueden probar las dimensiones de la cabina utilizando una silla de ruedas con su acompañante.
12	Si se tienen escaleras o rampas, el piso debe ser uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a uno o ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.	Verificar las características de los pisos y escaleras o rampas de la institución de acuerdo con el criterio.
13	Las edificaciones donde se presten servicios de salud cuentan con suministro de agua, energía eléctrica, con conexión a la red de alcantarillado y sistemas de comunicaciones.	Verificar los recibos correspondientes de la prestación de los servicios públicos definidos en el criterio. En zonas rurales donde no exista alcantarillado se puede contar alternativa para evacuación de residuos líquidos con documento de la autoridad ambiental donde se evidencie su aprobación.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		Alternativas de evacuación de residuos líquidos hace referencia por ejemplo a pozos sépticos, pozos de infiltración, entre otros. El sistema de comunicaciones hace referencia a cualquier tecnología que permita el intercambio de información.
14	En edificaciones donde se presten servicios de cirugía, atención del parto, laboratorio clínico, urgencias, gestión pre transfusional, diálisis, hospitalarios, imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico y los que requieran cadena de frio, cuentan con cuentan con planta eléctrica.	Se aclara que este criterio se da por cumplido con un sistema alternativo de energía, acorde al certificado de cumplimiento de las instalacioneseléctricas. Si durante la verificación evidencia un riesgo deberá notificar al ente competente encargado de las funciones de inspección, vigilancia y control. (Superintendencia de Industria y Comercio u operadores de red)
15	El prestador de servicios de salud que utilice equipos generadores de radiaciones ionizantes, cuenta con licencia de práctica médica vigente expedida por la entidad competente.	Verificar en la licencia de práctica médica la fecha de expedición y vigencia y que haya sido expedida por la entidad competente, adicionalmente que la información contenida en la licencia de práctica médicaI o II, corresponda con la información del prestador de servicios de salud y con lo evidenciado en el servicio, así: • Nombre del prestador de servicios de salud, a quien se le otorga la licencia, para personas jurídicas se debe evidenciar la razón social y representante legal. • La dirección registrada debe corresponder a la de la sede donde se utilizarán los equipos generadores de radiaciones ionizantes • Nombre del oficial de protección radiológica o del encargado de la protección radiológica, según la categoría de la licencia. • Prácticas médicas autorizadas en la licencia y categoría. • Listado de los equipos registrados en la licencia identificados con marca, modelo y serie. Se determinará un incumplimiento al criterio si la información registrada en la licencia no concuerda con lo descrito anteriormente, lo evidenciado en la sede del prestador y en el servicio durante la verificación. Registrar esta información en el instrumento de verificación.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
16	El prestador de servicios de salud que utilice fuentes radioactivas cuenta con autorización vigente de empleo de material radiactivo, expedida por la entidad reguladora competente.	El criterio aplica para equipos que utilicen fuentes o material radiactivo. Se debe consultar la página web del servicio geológico colombiano en asuntos de interés: “Listado de empresas autorizadas para el empleo de material radiactivo.” Verificar que esté vigente la autorización para el empleo de este material, revisando la fecha de expedición y haya sido expedida por la entidad reguladora competente y que coincida con el prestador.
17	Cada prestador de servicios de salud debe contar con el respectivo concepto sanitario que dé cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitaria vigente en aspectos tales como agua para consumo humano, gestión de residuos, control de vectores, orden y aseo, condiciones locativas, entre otros. Este concepto será emitido por las autoridades sanitarias correspondientes, en el marco de sus competencias, y debe considerar los servicios de apoyo como lavandería y servicio de alimentación. Cuando estos servicios de apoyo son contratados con terceros, dichos proveedores deben contar con el concepto sanitario correspondiente a la actividad de bienes y servicios que presta.	La verificación de las condiciones sanitarias como gestión de residuos, control de vectores, orden y aseo, condiciones locativas, entre otros, no son objeto de verificación para habilitar servicios de salud. El prestador debe contar con el concepto sanitario expedido por la autoridad sanitaria competente, evidenciando: • Que se encuentre vigente. • Que haya sido expedido por la autoridad sanitaria correspondiente: Entidad Territorial de Salud de acuerdo con las competencias asignadas por la Ley 715 de 2001. • Concepto favorable o favorable con requerimientos. Cuando en el proceso de verificación evidencie un posible riesgo asociado a las condiciones higiénico- sanitario, de debe notificar al área designada por la autoridad competente. Cuando el prestador de servicios de salud contrate con un tercero los servicios de gestión de residuos, control de vectores, orden y aseo, condiciones locativas, alimentación, entre otros, el concepto sanitario debe estar a nombre del contratista. Sin embargo, el prestador de servicios de salud debe tener con una copia y debe garantizar que se cuente con los respectivos conceptos sanitarios.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
Generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características		
18	Las áreas y ambientes de todos los servicios de salud cuentan con ventilación e iluminación natural o artificial.	La verificación de este criterio varía según las condiciones climáticas, en climas cálidos, calientes o húmedos, se debe verificar que existan sistemas de ventilación artificial que mantenga temperaturas adecuadas para las personas. Los quirófanos de los servicios quirúrgicos, deben contar con sistema de ventilación central que permita la renovación y filtrado del aire. Las habitaciones de aislamiento deben contar con sistema de ventilación independiente que permita el diferencial de presión de aire negativo o positivo según la patología del paciente.
19	Las áreas de circulación de los servicios están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos.	Observar que los pasillos y áreas de circulación de los servicios estén libres de obstáculos y permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos.
20	Los ambientes y áreas que hagan parte de cualquier servicio de salud, deben permitir la instalación y movilización de equipos biomédicos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia.	El criterio aplica para los ambientes y las áreas de todos los servicios de salud, donde se instalen y movilicen equipos biomédicos y personal para la atención del paciente.
21	En los servicios del grupo quirúrgico, los ambientes y áreas clasificados como no restringidos, semi-restringidos y restringidos, deben señalizarse mediante la demarcación permanente en piso con material lavable y resistente al tráfico pesado, utilizando los siguientes colores: 21.1. Verde: Ambientes o áreas no restringidas 21.2 Amarillo: Ambientes o áreas semi-restringidas 21.2. Roja: Ambientes o áreas restringidas	El criterio aplica solamente para los servicios del grupo quirúrgico. Verifique que la señalización y demarcación corresponden con la clasificación relacionada en el criterio.
22	Cada uno de los pisos o niveles de la edificación cuenta con señalización y planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro, visible al público en general.	El criterio aplica para todas las edificaciones donde se presten servicios de salud y por consiguiente a todos los prestadores. La edificación o infraestructura debe estar señalizada y tener visibles los planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
23	Si el prestador de servicios de salud de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados, tiene disponibilidad de un área con iluminación y ventilación natural o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo con los componentes sanguíneos a transfundir.	El criterio aplica para los prestadores de servicios de salud que no requieren por el estándar de interdependencia, el servicio de gestión pre transfusional, pero que en alguno de sus servicios habilitados realiza procedimientos de transfusión sanguínea, debe disponer en la infraestructura de la sede, de un área, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo con los componentes sanguíneos a transfundir. Verificar que el área destinada para la ubicación de la dotación tenga iluminación y ventilación natural o artificial. La verificación de iluminación y ventilación varía según las condiciones climáticas. En climas cálidos, calientes o húmedos, se debe verificar que existan sistemas de ventilación artificial que mantenga temperaturas adecuadas de acuerdo a las recomendaciones del fabricante de los equipos biomédicos.
24	Cuando un prestador de servicios de salud realice procedimientos bajo sedación fuera de salas de cirugía, tiene disponibilidad de área o ambiente para la recuperación de pacientes que puede ser la misma área o ambiente donde se realiza el procedimiento, garantizando la privacidad del usuario.	El área y el ambiente de recuperación, deben garantizar la privacidad y el control del paciente. El área o ambiente de recuperación no tiene especificaciones en medidas en cuanto a infraestructura.
25	El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización, cuenta con: 25.1 Ambiente o área de recibo de material contaminado. 25.2 Ambiente o área de lavado. 25.3 Ambiente o área de secado. 25.4 Ambiente o área de empaque. 25.5 Ambiente o área de esterilización. 25.6 Ambiente o área para almacenamiento del material estéril. 25.6 Mesón de trabajo con poceta. 25.7 Lavamanos, cuando el proceso se realice fuera del servicio de salud.	Para verificar este criterio, se deben tener en cuenta las definiciones de ambiente y de área del numeral 4.3 del Manual adoptado por la resolución 3100 de 2019. (Se permite ambiente o área según lo defina el prestador) Verificar la señalización de las áreas o ambientes.
26	El prestador de servicios de salud que contrate el proceso de esterilización, dentro de su infraestructura cuenta con: 26.1 Ambiente o área para lavado, limpieza y desinfección y entrega de material limpio al proveedor. 26.2 Ambiente o área para la recepción y almacenamiento de material estéril.	El criterio aplica a todos los prestadores de servicios de salud que tengan contratado el proceso de esterilización con un tercero. El prestador debe contar en su infraestructura con los ambientes o áreas definidos en el criterio con el fin de dar continuidad al proceso realizado por el contratista. El contratista no necesariamente debe estar en la infraestructura donde funciona el prestador.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		El prestador define si es ambiente o área, de acuerdo con sus necesidades y del proceso. Para edificaciones donde funcionen varios prestadores, podrán compartir el ambiente donde se realiza el proceso de esterilización.
27	El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en una central de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida: 27.1 Ambiente de recibo y lavado de material contaminado. 27.2. Ambiente limpio con las siguientes áreas: 27.2.1Área de secado. 27.2.2Área de empaque. 27.2.3Área de esterilización 27.3. Ambiente para almacenamiento del material estéril.	Para verificar este criterio, se debe tener en cuenta las definiciones de ambiente y de área del numeral 4.3 del Manual adoptado por la resolución 3100 de 2019.
Características de los ambientes y áreas que pueden ser requeridos en varios servicios de salud		
28 al 40	28. Consultorio 28.1 Consultorio donde se realiza examen físico 28.2Consultorio donde se realizan procedimientos 28.3Consultorio odontológico con una unidad odontológica 28.3.4.Area con mesón de trabajo con poceta (…) 28.4 Consultorio odontológico con más de una unidad odontológica 28.4.1 Área adicional por cada unidad odontológica que permita la instalación y movilización de talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos. (…) 29. Consultorio donde se realiza únicamente entrevista 30. Sala de procedimientos 30.1 Sala de procedimientos o curaciones 30.2Sala de procedimientos de litotricia 30.3Sala de procedimientos endoscópicos 30.4 Si realiza procedimiento de monitorización electroencefalográfica con video o radio 30.5 Si realiza procedimientos terapéuticos con láser de argón o yag láser 31. Sistema de alarma cuando se cuente con red de distribución de gases medicinales.	Los criterios definidos en los numerales del 28 al 40 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, describen las características de los ambientes y las áreas que pueden ser requeridos en el estándar de infraestructura de más de un servicio de salud. Estás definiciones deberán tenerse en cuenta para la verificación, así: <u>Ejemplos:</u> • En el servicio de consulta externa se requiere consultorio odontológico con una unidad odontológica, el consultorio se verifica con esta definición. • En el servicio de hospitalización se requiere central de enfermería. Dicha central se verifica con esta definición. • En algunos servicios se requiere estación de enfermería, en otros servicios puesto de enfermería. Se verifican con estas definiciones. Hay áreas y ambientes que se requieren solo en un servicio determinado, en este caso, el estándar de infraestructura los define en ese servicio específico.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	32. Puesto de enfermería 33. Ambiente o área de trabajo limpio 34. Ambiente de trabajo sucio 35. Estación de enfermería 36. Baño 37. Unidad Sanitaria 38. La Unidad Sanitaria adaptada para personas con movilidad reducida… 39. Batería sanitaria 40. Salas de espera	En el criterio 28.4.5 se menciona el ambiente con mesón de trabajo y poceta; hace referencia al ambiente requerido para el proceso de esterilización. En el criterio 28.4.1 El área adicional hace referencia a que alrededor de la unidad se permita tanto la circulación de un paciente en condición de discapacidad como de la movilización del personal o del equipo requerido para el procedimiento. En el criterio 28.3.4 si el prestador es un profesional independiente y realiza el proceso de esterilización por fuera del consultorio, no requiere un mesón de trabajo con poceta adicional. Las unidades sanitarias definidas en el criterio 37, hacen referencia a unidades sanitarias para uso de los pacientes y puede ubicarse dentro de un vestidor.
Generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección		
41	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados.	Verificar que la edificación y cada uno de los servicios presenten buenas condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección. Verificar que los procesos de orden, aseo, limpieza y desinfección estén documentados en el estándar de procesos prioritarios de cada servicio.
42	En las edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud, los pisos deben ser resistentes a factores ambientales, deben ser continuos, antideslizantes, impermeables, lavables, sólidos, resistentes a procesos de lavado y desinfección. Cuando se tengan dilataciones y juntas, estas deben ser selladas de manera que ofrezcan continuidad de la superficie.	En la verificación se debe tener en cuenta que en el mercado se encuentra una gran variedad de acabados de infraestructura de última generación, que cumplen con las condiciones para salud. Cuando durante la verificación se presenten dudas sobre las características, texturas o condiciones físicas de los pisos, se debe consultar la ficha técnica correspondiente, la cual deberá certificar que es lavable, permite la asepsia y certifica el grado hospitalario o de uso en salud.
43	Los cielos rasos o techos y paredes o muros deben ser impermeables, lavables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles y de superficie lisa y continua.	En la verificación se debe tener en cuenta que en el mercado se encuentra una gran variedad de acabados de infraestructura de última generación que cumplen con las condiciones para salud. Cuando durante la verificación se presenten dudas sobre las características, texturas o

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		condiciones físicas de los cielos rasos o techos y paredes o muros, se debe consultar la ficha técnica correspondiente, la cual deberá certificar que es lavable, permite la asepsia y certifica el grado hospitalario o de uso en salud.
44	En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR, salas de procedimientos, consultorios donde se realicen procedimientos, servicios de internación en cuidado básico, intermedio e intensivo, urgencias, diálisis, hemodinamia e intervencionismo, laboratorios, gestión pre transfusional, quimioterapia, consulta odontológica y los ambientes o áreas donde se requieran procesos de limpieza y asepsia más profundos, adicional al criterio anterior, la unión entre paredes o muros y el piso debe ser en media caña evitando la formación de aristas o de esquinas.	En los servicios señalados en el criterio, verificar la existencia de media caña entre paredes y pisos. La media caña será exigible únicamente a los ambientes donde se realizan procedimientos, no implica que se deba tener en todo el servicio. Para verificar este criterio, se debe tener en cuenta la definición de media caña del Manual adoptado por la Resolución 3100 de 2019, numeral 4.3
45	En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR y el ambiente de esterilización, la unión entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, debe contar con media caña, evitando la formación de aristas o de esquinas.	En los servicios señalados en el criterio verificar la existencia de media caña entre techo y pared. Para verificar este criterio, se debe tener en cuenta la definición de media caña del Manual adoptado por la Resolución 3100 de 2019, numeral 4.3
Criterios de infraestructura para las modalidades extramural y telemedicina		
Modalidad Extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria		
46	Cuando un prestador de servicios de salud preste sus servicios exclusivamente en la modalidad extramural, la sede cuenta con: 46.1 Ambiente o área para el almacenamiento de medicamentos o dispositivos médicos e insumos, cuando se requiera. 46.2 Ambiente o área para el almacenamiento de equipos biomédicos. 46.3 Ambiente o área para el archivo de las historias clínicas y registros.	El criterio aplica solamente para las sedes de los prestadores que oferten servicios exclusivamente en la modalidad extramural. La aplicación de este criterio no exime al prestador de cumplir con los criterios aplicables a todos los servicios de manera general.
47	Disponibilidad de ambiente o área para las labores de aseo, limpieza y desinfección para las unidades móviles.	El criterio aplica solamente para las unidades móviles. Verificar que el prestador de servicios de salud tenga disponibilidad de un ambiente o un área para las labores de aseo, limpieza y desinfección de la unidad móvil, éste ambiente o área puede estar ubicado dentro o fuera de la sede del prestador, en el

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		estándar de procesos prioritarios del servicio, el prestador debe documentar dónde realiza estas actividades de limpieza y desinfección. Para la verificación de este criterio, se debe tener en cuenta la definición de disponibilidad del Manual adoptado por la Resolución 3100 de 2019.
Modalidad Extramural Domiciliaria		
48	El domicilio del paciente cumple con las siguientes condiciones: 48.1 Servicios públicos domiciliarios: Acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y sistema de comunicación. 48.2 Unidad sanitaria o baño.	Cuando el prestador oferte servicios de salud en la modalidad domiciliaria, se debe evidenciar que tenga documentado un procedimiento para verificar elcumplimiento de las condiciones del domicilio de los pacientes. El prestador debe realizar la evaluación del domicilio de todos los pacientes atendidos, evidenciando que cumple con las siguientes condiciones: Servicios públicos domiciliarios: Acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y sistema de comunicación (teléfono) y unidad sanitaria obaño. Se verifica el procedimiento documentado en el estándar de procesos prioritarios. No es necesario desplazarse al domicilio de los pacientes para verificar sus condiciones, teniendo en cuenta que esta es obligación del prestador.
Modalidad Extramural unidad móvil, terrestre y acuática		
49	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados.	Durante la verificación se deben evidenciar las condiciones descritas en el criterio inspeccionando a lo largo del recorrido.
50	La unidad móvil cuenta con: 50.1 De acuerdo con los servicios a prestar, los ambientes y áreas cumplen con los criterios del servicio de salud de la modalidad intramural. 50.2 Suministro de agua potable de manera permanente. 50.3 Tanque para el almacenamiento de aguas residuales. Las aguas residuales no se vierten en la vía pública o en el cauce fluvial. 50.4 Identificación visual como unidad móvil terrestre o acuática según aplique.	Se verifica que cada una de las la unidades móviles cumplan con las condiciones descritas en el criterio.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	50.5 Acceso al servicio de energía eléctrica o fuente de energía alternativa. 50.6 Señalización y condiciones que garanticen la seguridad durante el abordaje, incluyendo el ingreso de personas con discapacidad. 50.7 Estructuras firmes para el ingreso y salida de pacientes y usuarios, con protecciones laterales a espacios libres. 50.8 Señalización de áreas restringidas al interior de la unidad móvil. 50.9 Barreras o mecanismos que impidan el ingreso de usuarios a las áreas restringidas. 50.10 Para unidades móviles marítimas o fluviales, las uniones con tierra firme son continuas, sin desniveles y permiten el flujo decamillas y sillas de ruedas.	
Modalidad de Telemedicina- Prestador remisor		
51	Adicional a los criterios del estándar de infraestructura enunciados que le aplique, el prestador de servicios de salud cuenta con: 51.1 Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico). 51.2 Plataformas tecnológicas que garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios de salud, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad o lineamientos que regulen la materia. 51.3 Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos necesarios. 51.4 Nivel de iluminación homogénea con luz fluorescente blanca fría y no mezclar tipos de iluminación cálida con fría.	El prestador que oferta servicios en la modalidad de telemedicina como prestador remisor garantiza: Conectividad, suministro de energía eléctrica o baterías de forma permanente, plataformas tecnológicas para la comunicación que requiera de acuerdo con los servicios que presta. Por ejemplo si transmite imágenes por internet, se debe garantizar el acceso a este servicio. Verifique el documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional responsable de las tecnologías de la información y las comunicaciones - TIC del prestador, donde certifique: • Que la conectividad garantiza la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utiliza el prestador (sincrónico o asincrónico). • Que la plataforma tecnológica usada para la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina garantiza la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad que regula la materia.
Modalidad telemedicina – Prestador de referencia		

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
52	Adicional a los criterios del estándar de infraestructura enunciados que le aplique, el prestador de servicios de salud cuenta con: 52.1 Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico). 52.2 Plataformas tecnológicas que garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios de salud, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad o lineamientos que regulen la materia. 52.3 Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos necesarios. 52.4 Nivel de iluminación homogénea.	El prestador que presta servicios en la modalidad de telemedicina como prestador de referencia garantiza: Conectividad, suministro de energía eléctrica o sistema alternativo de energía, de acuerdo a las exigencias del RETIE. de forma permanente, plataformas tecnológicas para la comunicación que requiera, de acuerdo con los servicios que oferta y presta. Por ejemplo si transmite imágenes por internet, se debe garantizar el acceso a este servicio. Se debe verificar el documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional responsable de las tecnologías de la información y las comunicaciones - TIC del prestador, donde certifique: • Que la conectividad garantiza la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utiliza el prestador (sincrónico o asincrónico). • Que la plataforma tecnológica usada para la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina garantiza la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad que regula la materia.
Modalidad telemedicina – Prestador de referencia exclusivo		

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
53	Cuando el prestador de servicios de salud preste sus servicios exclusivamente en la modalidad de telemedicina como prestador de referencia, cuenta con: 53.1 Ambiente exclusivo para la realización de la atención a distancia que garantiza la privacidad y la confidencialidad durante la atención, la seguridad de los equipos frente a la extracción no autorizada y condiciones ambientales para su correcto funcionamiento, libre de interferencias visuales y sonoras. 53.2 Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico). 53.3 Plataformas tecnológicas que garantizan la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad que regule la materia. 53.4 Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos cuando aplique. 53.5 Nivel de iluminación homogénea.	El criterio aplica únicamente a prestadores que oferten servicios en la modalidad de telemedicina, registrados como prestador de referencia exclusivamente. Se verifica únicamente el ambiente, el cual debe ser exclusivo para la atención a distancia, adicionalmente garantiza la privacidad y la confidencialidad durante la atención, la seguridad de los equipos frente a la extracción no autorizada y condiciones ambientales para su correcto funcionamiento, libre de interferencias visuales y sonoras y adicionalmente lo definido en el criterio 52.

1.3 Estándar de dotación

Tabla 5. Modo de verificación del Estándar de Dotación

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	El prestador de servicios de salud cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud, este registro cuenta como mínimo con la siguiente información: 1.1 Nombre del equipo biomédico 1.2 Marca. 1.3 Modelo. 1.4 Serie. 1.5 Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera. 1.6 Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.	En la verificación de este criterio se debe tener en cuenta lo siguiente: • Un equipo biomédico es un dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, tales como: monitor de signos vitales,

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		tensiómetro, equipo generador de radiaciones ionizantes. • Los dispositivos médicos implantados en el ser humano (marcapasos, válvulas cardíacas, prótesis de cadera) y aquellos destinados para un sólo uso (jeringas, máscaras laríngeas, guía de intubación), no se incluyen como equipos biomédicos. • Las neveras no se consideran equipo biomédico ni dispositivo médico, ya que son equipo industrial, el prestador debe tener un registro de las neveras utilizadas en los servicios de salud, precisando marca, modelo y serie. • El inventario de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de los servicios, debe coincidir con los equipos biomédicos definidos en el estándar de dotación de cada servicio o aquellos que el prestador haya documentado en los procedimientos del estándar de procesos prioritarios; la relación de los equipos puede estar en formato físico o digital. • Los equipos biomédicos ubicados en los servicios de salud, deben coincidir con la relación o inventario de los mismos y con la información registrada en la ficha técnica del fabricante y el manual del equipo. • Los equipos biomédicos deben funcionar bajo las condiciones previstas por el fabricante. • Los equipos biomédicos tienen diferentes denominaciones y funcionalidades, las cuales se precisan por el fabricante. Para los equipos biomédicos que no requieren registro sanitario o permiso de comercialización o fueron adquiridos: • Antes del año 2007 para equipos biomédicos de uso estético y • Antes del año 2009 para los demás equipos biomédicos. <u>Se debe aportar:</u> *El acta de la sala especializada o certificado emitido por el Invima, donde se evidencie que el equipo biomédico no requiere registro sanitario o permiso de comercialización, o *Documento que acredite la adquisición del equipo biomédico antes del año 2007, o

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		2009 según corresponda a lo mencionado anteriormente. Se debe tener en cuenta que los equipos biomédicos de tecnología controlada requieren permiso de comercialización emitido por el Invima y se identifican como: año EBC-XXXX; los demás equipos biomédicos se identifican en su registro sanitario como año DM-XXX. A continuación se ilustran dos ejemplos: • Tomógrafo Toshiba, accesorios y repuestos, marca Toshiba, Canon. Con permiso de comercialización: 2009EBC-0003569. Vigencia 2019/04/03 Riesgo IIb. • Fonendoscopio y /o estetoscopio – marca GMD Diagnostic con registro sanitario: INVIMA 2011DM-0008136. Vigencia 2021/11/11 Riesgo: I. La clase de riesgo de los equipos biomédicos está consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización expedido por el Invima, información que se puede consultar en la página de ésta entidad, en el siguiente link. http://consultaregistro.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp Cuando los equipos biomédicos, no son propiedad del prestador y se encuentren en comodato, alquiler, leasing, entre otras figuras, se cuenta con el soporte documental donde se establezca la permanencia de los equipos en el servicio, no obstante, la responsabilidad del cumplimiento de este criterio está a cargo del prestador de servicios de salud que habilita los servicios tal como lo define la Resolución 3100 de 2019 en su artículo 9.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
2	El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, para lo cual cuenta con: 2.1 Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, éste último cuando no esté definido por el fabricante. 2.2 Hoja(s) de vida del(los) equipo(s) biomédicos(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda	Durante la verificación se debe tener en cuenta lo siguiente: El programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos corresponde al documento de planeación anual que evidencia las actividades de mantenimiento preventivo según las recomendaciones establecidas por el fabricante, y contiene como mínimo la siguiente información: • Servicio donde está ubicado el equipo. • Datos del equipo: marca, modelo, serie. • Fecha y responsable del mantenimiento El programa de mantenimiento debe contener las recomendaciones del fabricante, su ejecución se registra en protocolos de mantenimiento, rutinas o listas de chequeo. Todos los equipos deben tener su manual de funcionamiento. En caso de no tenerlo, el prestador puede homologar la tecnología del equipo biomédico con manuales de equipos de tecnología similar. De acuerdo con el literal h) del artículo 18 del Decreto 4725 de 2005, cuando se trate de equipos biomédicos, el titular o importador autorizado debe declarar que posee manuales de operación y mantenimiento en idioma castellano, comprometerse a presentarlos ante el requerimiento de autoridad sanitaria competente y entregarlos al momento de la adquisición de los equipos biomédicos. La información puede ser evidenciada en medio magnético o físico. La hoja de vida del equipo biomédico cuenta como mínimo con la siguiente información: • Nombre, marca, modelo, serie, registro sanitario o permiso de comercialización y clasificación por riesgo, cuando lo requiera. • Registros de mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda. • Registros de calibración según las especificaciones del fabricante, únicamente cuando el manual del fabricante lo indique, no obstante el prestador podrá realizar actividades de medición y verificación de acuerdo a lo documentado en la hoja de vida de los equipos. En relación con el control metrológico legal:

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		De conformidad con el artículo 2.2.1.7.14.1. del Decreto 1595 de 2015, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) y las alcaldías municipales son las entidades que ejercerán control metrológico legal, directamente o con el apoyo de organismos autorizados de verificación metrológica (OAVM) y/u organismos evaluadores de la conformidad, por lo tanto la verificación de los certificados no se encuentra en el marco del Sistema Único de Habilitación (SUH) y en consecuencia no incluye la validación de esta documentación ni alguna relacionada con control metrológico legal, la verificación se limitará a observar que la evidencia de las actividades de calibración sea acorde con lo establecido en los manuales del fabricante
3	El prestador de servicios de salud cuenta con un programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando éstos lo requieran, el cual puede ser desarrollado por el fabricante, importador o por el mismo prestador.	El cronograma de capacitación al talento humano del servicio que hace uso de los equipos biomédicos, se realiza teniendo en cuenta la clasificación por riesgo de los equipos y cuando el prestador cuente con equipos clase IIB debe priorizarlos. Las capacitaciones deben cumplir lo que al respecto determina la norma de habilitación en cuanto a acciones de formación continua.
4	La dotación de los servicios de salud está en concordancia con lo definido por el prestador en el estándar de procesos prioritarios	Para verificar este criterio, se deben revisar los documentos del prestador definidos en sus procesos prioritarios y compararlos con la dotación de equipos biomédicos evidenciada en los servicios durante la verificación.
5	La suficiencia de equipos biomédicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.	Verificar el documento, protocolo, acta o minuta en donde se evidencie que el número de equipos biomédicos que se requieren para la prestación de los servicios de salud en el marco de la seguridad del paciente, es suficiente. El documento considera aspectos como: frecuencias de uso, tiempo de atención, tiempos de: limpieza, desinfección, reprocesamiento o esterilización cuando se requiera y en concordancia con las recomendaciones del fabricante, garantizando condiciones de uso seguro entre paciente y paciente. Ejemplo: Piezas de mano de uso odontológico, endoscopios, entre otros.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		Se debe tener en cuenta que el prestador que realice el proceso de esterilización, debe tener la dotación para realizar la esterilización acorde con los métodos documentado en sus procesos prioritarios.
6	El mantenimiento de los equipos biomédicos es ejecutado por talento humano profesional, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas. Este mantenimiento puede ser realizado directamente por el prestador de servicios de salud o mediante contrato o convenio con un tercero.	Se debe verificar que el talento humano que realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos es profesional en ingeniería biomédica, bioingeniería, o ingenierías afines, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas, a través de sus títulos y tarjetas profesionales. Igualmente, que el talento humano que firma los documentos que soportan el mantenimiento de los equipos biomédicos, concuerda con el talento humano verificado (hojas de vida). El mantenimiento de los equipos biomédicos puede ser contratado a través de un proveedor externo, en dicho caso se debe evidenciar un contrato, convenio y/o acuerdo de voluntades documentado, en el cual se especifique como mínimo: objeto, relación de equipos biomédicos, tiempos de respuesta, compromisos de las partes y vigencia.
7	Los prestadores que oferten servicios de salud en la modalidad extramural no pueden elaborar ni adaptar dispositivos médicos sobre medida.	El alcance de la prohibición del criterio, está relacionado con la adaptación de los dispositivos no formulados previamente. Ejemplo: Hacer adaptaciones de gafas listas para leer y prótesis no formuladas. Este criterio no prohíbe llevar a la atención extramural monturas de gafas con lentes o lentes de contacto ya formulados para adaptarlos en la atención extramural. Cuando en una jornada de salud se entreguen dispositivos médicos sobre medida, éstos deberán haber cumplido previamente con la normatividad legal vigente que regula el tema. Es de aclarar que las acciones de autorización, inspección vigilancia y control para la elaboración de los dispositivos médicos sobre medida, son realizadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- Invima y por las entidades distritales o municipales de salud correspondientes, por lo tanto, en el marco del sistema único de habilitación no se realiza la vigilancia de éstas normas.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
8	Los servicios de salud que requieran carro de paro, cuenta con la siguiente dotación: 8.1 Desfibrilador bifásico con sistema de visualización integrado, capacidad de cardioversión, marcapasos transcutáneo y paletas para adultos y pediátricas según aplique. 8.2 Resucitador pulmonar manual. 8.3 Aspirador o sistema de vacío. 8.4 Monitor de signos vitales con accesorios que cuenta como mínimo con: 8.4.1 Trazado electrocardiográfico si no está incorporado en el desfibrilador 8.4.2 Presión no invasiva 8.4.3 Saturación de oxígeno que puede estar integrado en el monitor o externo 8.4.4 Batería 8.5 Laringoscopio con hojas rectas y curvas para adultos y pediátricas, según aplique 8.6 Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, definidos por el prestador.	Se debe verificar que la dotación del carro de paro debe guardar correspondencia con la población a atender (adulta o pediátrica o neonatal) y debe corresponder a lo registrado en el inventario correspondiente. Cuando en un solo equipo se cuente con varios parámetros de los definidos en el criterio, se entera como cumplido.. • Ejemplo: Desfibrilador Bifásico con sistema de visualización integrado, capacidad de cardioversión, marcapasos transcutáneo y paletas para adultos y pediátricas según aplique, Trazado electrocardiográfico, presión no invasiva, saturación de oxígeno y batería Teniendo en cuenta lo anterior, no se exigiría adicionalmente el monitor de signos vitales.
9	Las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural, cuentan con equipos de telecomunicaciones de doble vía y conectividad para notificar a la Red de Donación y Trasplantes sobre la existencia de un posible donante	El equipo de telecomunicaciones de doble vía y conectividad hace referencia a cualquier tecnología que permita el intercambio de información. El fin es la notificación a la red de la Donación y Trasplantes sobre la existencia de un posible donante.
10	Las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que adicionalmente habiliten el servicio quirúrgico de neurocirugía, cuentan con equipo biomédico para realizar pruebas auxiliares en el diagnóstico de muerte encefálica, según lo documentado en el estándar de procesos prioritarios.	El prestador deberá contar con el equipo biomédico para realizar las pruebas auxiliares en el diagnóstico de muerte encefálica, definido en el estándar de procesos prioritarios.
11	En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema por el personal capacitado por el fabricante.	El cumplimiento del criterio se evidencia a través de soportes documentales donde se constaten las acciones de mantenimiento a los componentes del sistema de la central de gases medicinales, de igual manera que el talento humano que firma el registro y actividades de mantenimiento, cuenta con capacitación por parte del fabricante de los gases medicinales.
12	El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en un área o ambiente dentro o fuera del servicio de salud cuenta con los equipos biomédicos y la dotación de acuerdo con el método utilizado.	Se debe verificar que la dotación y los equipos biomédicos para realizar el proceso de esterilización, están acordes con el método de esterilización documentado en el estándar de procesos prioritarios.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
13	Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados cuenta con: 13.1 Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes con sistema de control de temperatura entre 1ºC y 6ºC y alarma audible o sistema de monitoreo que alerte cambios próximos al límite en que la sangre o sus componentes puedan deteriorarse. 13.2 Equipo para descongelar plasma, cuando se requiera, con sistema de control de temperatura. 13.3 Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de –18ºC y sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando se requiera. 13.4 Agitador o rotador de plaquetas con sistema de control de temperatura entre 20ºC y 24ºC cuando se requiera. 13.5 Nevera para transporte de componentes sanguíneos, donde se garantice la cadena de frio.	Se debe verificar la dotación definida en el criterio, teniendo en cuenta los componentes sanguíneos que se transfunden en los servicios del prestador, con el fin de determinar la dotación con la cual debe contar. Ejemplo: Cuando el prestador transfunde únicamente glóbulos rojos, no le aplicara la dotación definida para descongelar plasma, congelador de plasma o crioprecipitados, como tampoco le aplicará contar con el agitador o rotador de plaquetas.
14	Los servicios de salud donde se realicen procedimientos bajo sedación fuera de salas de cirugía y monitorización electroencefalográfica con video y radio cuentan con carro de paro.	Si el prestador realiza procedimientos bajo sedación fuera de salas de cirugía o monitorización electroencefalográfica con video y radio, debe contar con carro deparo.
15	En los servicios de los grupos quirúrgico, internación y el servicio de urgencias, el prestador de servicios de salud cuenta con accesorios para garantizar empaque cerrado y transporte de los elementos sucios y limpios, como compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental, entre otros.	Cuando el prestador cuente con algún servicio de los definidos en el criterio, se verifica que cuenta con los accesorios, vehículos de recolección, carros de comida e instrumental, según aplique.
Modalidad extramural		
16	Adicional a los criterios enunciados del presente estándar, que le apliquen, el prestador de servicios de salud cuenta con: 16.1 Sistemas de telecomunicaciones de doble vía. 16.2 Cuando se realicen pruebas para la detección de eventos de interés en salud pública, cuenta con: 16.2.1 Microscopio 16.2.2 Cinta métrica 16.2.3 Báscula	Cuando se brinden servicios en modalidad extramural el prestador debe identificar en el estándar de dotación entre los criterios 1 al 15, cuales les aplican según los servicios habilitados, adicionalmente, debe contar con un sistema de comunicación utilizando cualquier tecnología que permita el intercambio de información. Cuando el prestador realice pruebas para detección de eventos de interés en salud pública, se verifica la dotación mencionada en el criterio.
Modalidad Telemedicina		

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	El prestador de servicios de salud realiza el mantenimiento de la tecnología de información y de comunicaciones para avalar la calidad de la información, y adicionalmente cuenta con: 17.1 Prestador remisor 17.1.1 Documento firmado por un ingeniero biomédico con tarjeta profesional vigente, que certifique que: 17.1.1 .1.Los dispositivos periféricos necesarios, de acuerdo con el tipo de servicios ofertados, garantizan la obtención de la información requerida por el prestador de referencia. 17.1.1.2. Los equipos de captura utilizados por el prestador de servicios de salud garantizan que la información obtenida es equivalente a la original, de manera que al ser reproducida se garantice su calidad y confiabilidad. 17.1.1.3. Los parámetros de digitalización y compresión seleccionados en los equipos durante la captura de datos o imágenes garantizan la resolución necesaria para permitir el diagnóstico. 17.1.1.4. Si el prestador de servicios de salud realiza consulta dermatológica en la modalidad de telemedicina cuenta con cámara digital de alta resolución que permita un fácil enfoque de las lesiones de piel y revisión de las imágenes capturadas previo a la transmisión al dermatólogo. 17.1.2 Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique que: 17.1.2.1 Los dispositivos utilizados para transferencia de información sincrónica por video conferencia garantizan óptima fidelidad y calidad del video y sonido para el prestador remisor y para el prestador de referencia. 17.1.2.2 El software utilizado se adapta al cambio en la disponibilidad del ancho de banda sin perder conexión. En el caso que la videoconferencia sea grabada se deberán contemplar todos los criterios de seguridad informática, que permitan resguardar adecuadamente la confidencialidad y privacidad del paciente. 17.1.2.3 Las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes cuentan con una distancia máxima de 0.25 milímetros entre píxeles (dot pitch), para garantizar la interpretación adecuada de la información recibida. 17.2 Prestador de referencia 17.2.1 Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique que:	Para la verificación de lo definido en este criterio, se debe tener en cuenta lo siguiente: - Que el documento firmado por el ingeniero biomédico y por el ingeniero de sistemas contenga lo solicitado en los criterios del estándar, de acuerdo con sus competencias. Se debe solicitar al prestador una demostración de la forma como se captura y se remite la información. Y que el prestador cuente con un plan de mantenimiento para la tecnología de información y comunicaciones, y que el mantenimiento se realice conforme las recomendaciones del fabricante.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	17.2.1.1 Los dispositivos utilizados para transferencia de información sincrónica por video conferencia garantizan una óptima fidelidad y calidad del video y sonido tanto para el prestador remisor como para el prestador de referencia. 17.2.1.2 El software utilizado se adapta al cambio de la disponibilidad del ancho de banda sin perder la conexión. 17.2.1.3 En el caso que la videoconferencia sea grabada se deberán contemplar todos los criterios de seguridad informática, que permitan resguardar adecuadamente la confidencialidad y privacidad del paciente. 17.2.2 Las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes, cuentan con una distancia máxima de 0.19 milímetros entre píxeles (dotpitch), resolución mínima de 1024 x 768 píxeles, como mínimo un ratio de contraste de 500:1 y mínimo de luminancia (brillo) de 250 cd/m2 que permitan garantizar la interpretación adecuada de la información recibida.	

1.4 Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Tabla 6. Modo de verificación del Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	El prestador de servicios de salud lleva registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que oferte; dichos registros cuentan con la siguiente información: 1.1 Principio activo. 1.2 Forma farmacéutica. 1.3 Concentración. 1.4 Lote. 1.5 Fecha de vencimiento. 1.6 Presentación comercial. 1.7 Unidad de medida. 1.8 Registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el Invima.	Para la verificación de lo definido en los criterios 1,2 y 3, se debe tener en cuenta lo siguiente: 1. Que la información de todos los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y reactivos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios, se encuentra actualizada en medio físico o magnético, la cual puede estar en uno o varios archivos, evidenciando que la información solicitada en el criterio coincide con las existencias en los servicios, almacenamientos (bodegas), depósitos y reservas. Los medicamentos homeopáticos magistrales u oficinales, no requieren registro sanitario, y tienen una vida útil máxima hasta de 18 meses.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		La forma farmacéutica es la disposición externa que se da a las sustancias medicamentosas para facilitar su administración, como por ejemplo: jarabes, soluciones, suspensiones, soluciones Inyectables, tabletas, cremas, etc. La concentración hace referencia a: mg, g, UI, mg/ml, %, entre otras. La presentación comercial es la forma como se dispone el medicamento para ser comercializado, como por ejemplo: frasco 60 ml, ampolla 2 cc, Bolsa x 100ml, vial, caja x 30 tabletas, entre otras. En los servicios de consulta externa se pueden tener muestras médicas siempre y cuando el prestador garantice la trazabilidad de la información requerida en el criterio. En los servicios farmacéuticos no se pueden recepcionar ni tener muestras médicas. El registro sanitario vigente expedido por el Invima, aplica a los medicamentos, y el permiso solo aplica a los dispositivos médicos.
2	Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información: 2.1 Descripción. 2.2 Marca del dispositivo. 2.3 Serie (cuando aplique). 2.4 Presentación comercial. 2.5 Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima. 2.6 Clasificación por riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización). 2.7 Vida útil, cuando aplique. 2.8 Lote 2.9 Fecha de vencimiento	Los insumos no requieren registro sanitario, como por ejemplo: bajalenguas, materiales de curación, entre otros. La descripción de los dispositivos médicos corresponde al nombre que aparece en el registro sanitario. La fecha de vencimiento de los medicamentos, dispositivos médicos y reactivos la determina el fabricante. La vida útil hace referencia al tiempo que el medicamento, dispositivo médico e insumo mantiene las condiciones y propiedades físicas y químicas inalteradas, según corresponda.
3	Los reactivos de diagnóstico in vitro requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información: 3.1 Nombre 3.2 Marca 3.3 Presentación comercial.	El permiso de comercialización no aplica para los reactivos de diagnóstico in vitro. Para los reactivos de diagnóstico in vitro aplica el documento denominado “certificación que no requiere registro sanitario”

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	3.4 Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima. 3.5 Clasificación del riesgo sanitario 3.6 Vida útil, cuando aplique 3.7 Fecha de vencimiento y lote.	
4	El prestador de servicios de salud, cuenta con información documentada de los procesos generales según aplique, para: 4.1 Selección 4.2 Adquisición 4.3 Transporte 4.4 Recepción 4.5 Almacenamiento 4.6 Conservación 4.7 Control de fechas de vencimiento 4.8 Control de cadena de frío, Manejo de contingencias con la cadena de frío. 4.9 Distribución 4.10 Dispensación 4.11 Devolución 4.12 Disposición final 4.13 Seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida, elementos de rayos X y de uso odontológico), reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que se utilicen incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador de servicios de salud y en la modalidad extramural.	La descripción de los procesos generales del servicio farmacéutico debe incluir la información de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y reactivos entregados desde el servicio farmacéutico hacia otros servicios, cuando se realice. Cada prestador de servicios de salud es responsable de definir y documentar el mecanismo para el control de fechas de vencimiento, existen varias formas de hacerlo, lo importante es tener la trazabilidad de la información. La conservación de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos forma parte del proceso de almacenamiento, por lo tanto su documentación puede estar integrada en un mismo proceso. El proceso de transporte hace referencia al traslado de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y reactivos, que realiza el proveedor hasta la entrega a su destinatario, no incluye su distribución entre los servicios del prestador. En ningún caso el paciente o sus familiares pueden ser responsables del traslado de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se debe verificar a través de entrevistas aleatorias en los diferentes servicios. La consulta permanente de las alertas sanitarias, publicadas por en la página web del Invima, forma parte del seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro. Para evidenciar la implementación de este criterio no se hace necesario imprimir todas las alertas, se verifican actas, registros de consulta, entre otros.
5	El prestador de servicios de salud que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud cuenta con la resolución de autorización vigente, expedida por el Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces.	La Resolución de autorización de medicamentos de control debe contenr la siguiente información del prestador: • Código de inscripción en el REPS • Dirección donde se ubica el prestador. • Nombre del director técnico.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		• Listado de medicamentos de control especial autorizados para manejo por el prestador, entre otros. Esta información debe coincidir con lo evidenciado en la verificación, en el caso de encontrar que el director técnico cambió, se debe verificar que el prestador cuenta con el documento radicado donde se informa el cambio del director técnico ante la UAE- FNE o los fondos rotatorios de estupefacientes.
6	El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la planeación y ejecución de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, que garanticen el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, cuando aplique.	El término “cuando aplique” hace referencia a la correspondencia del programa o programas documentados con las actividades desarrolladas por el prestador de servicios de salud. En las visitas previas no se requiere que el prestador de servicios de salud presente evidencia de reportes al INVIMA, sin embargo, desde la planeación el prestador debe contar con el documento del o los programa(s) y el registro de inscripción ante el Invima, según le corresponda a cada programa. En la construcción de los programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos y reactivos, el prestador de servicios de salud puede apoyarse en la información publicada en la página web del Invima, como por ejemplo los ABC y las Preguntas frecuentes. La verificación de éste criterio en las visitas de verificación no abarca la totalidad de lo solicitado en la normatividad vigente que regula cada programa, hace referencia a la solicitud del documento que establece el programa, la inscripción ante el INVIMA para cada programa según corresponda y a la verificación de la evidencia donde el prestador realiza el análisis de las alertas y los reportes, si aplica. Todo prestador de servicios de salud, debe contar con los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia, independiente de si realiza o no prescripción, dispensación o uso de medicamentos y dispositivos médicos, lo anterior en concordancia con la normatividad especifica que regula los programas, teniendo en cuenta que el fin es establecer el perfil de seguridad de los medicamentos y dispositivos médicos, así como promocionar el uso adecuado de los

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		mismos. Es decir, que el estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, le aplica a todos los prestadores de servicios de salud. Es potestad del prestador de servicios de salud definir los medicamentos,dispositivos médicos y reactivos a los cuales les realizará vigilancia activa.
7	El prestador de servicios de salud que cuente con reservas de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, y demás insumos asistenciales, debe garantizar que se almacenen en condiciones apropiadas de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o el banco del componente anatómico, según aplique, y contar con instrumento para medir humedad relativa y temperatura y evidenciar su registro, control y gestión.	Todos los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y reactivos que se encuentran en uso en los servicios de salud, no corresponden a una reserva, se configura en una reserva cuando existe almacenamiento de más de una unidad. Ejemplo: más de una caja de guantes, conforme la definición adoptada por el manual que forma parte de la Resolución 3100 de 2019, estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Donde se almacenen medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se debe contar con instrumento para medir temperatura y humedad relativa, que deben registrarse para su control y gestión. Las condiciones de almacenamiento descritas en el criterio deben implementarse de acuerdo con las indicaciones definidas por el fabricante.
8	Para la aplicación del protocolo de lavado de manos o higienización, los servicios de salud cuentan con los insumos de aseo, limpieza y secado que garanticen su cumplimiento.	Durante la verificación, se debe tener en cuenta que el jabón a utilizar debe seleccionarse de acuerdo con los procedimientos que se realizan y con lo definido en el estándar de procesos prioritarios. Ejemplo, cuando se requiera asepsia total e integral, el lavado de manos se puede realizar con jabón quirúrgico, antiséptico. En los servicios de salud donde no se requiere asepsia total e integral, el lavado de manos se puede realizar con productos de limpieza que garanticen el barrido de la biocarga en las manos. (Por ejemplo. Jabón con Registro Sanitario de cosmético). Para el secado de las manos, el prestador define qué sistema utilizará (toallas de papel o secador de manos, entre otros).

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
9	La suficiencia de dispositivos médicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.	El prestador debe contar con un documento donde determine la suficiencia de los dispositivos médicos, teniendo en cuenta las variables mencionadas en elcriterio, el cual debe corresponder con lo evidenciado en los servicios verificados. En la verificación de este criterio se debe prestar especial atención a los procesos de desinfección. Ejemplo: Endoscopios.
10	El prestador de servicios de salud, cuenta con paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, disponible para su uso en los servicios y ambientes donde se requieran. El prestador de servicios de salud define su contenido de acuerdo con los medicamentos utilizados y lo sugerido por el fabricante en las fichas técnicas.	No se requiere un paquete para manejo de derrames y rupturas de medicamentos en cada servicio, éste puede ser compartido entre varios servicios siempre y cuando se encuentre ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.
11	En los servicios donde se requiera carro de paro, adicional a la dotación definida en el presente manual, los medicamentos, dispositivos médicos e insumos deben ser definidos por el prestador de servicios de salud de acuerdo con la morbilidad, riesgos de complicaciones más frecuentes y lo documentado para el procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar.	El prestador debe contar con un documento (listado, inventario, entre otros) donde se evidencie que el carro de paro cuenta con la dotación definida en el manual que adopta la Res.3100 de 2019 y adicionalmente tenga definidos los medicamentos y dispositivos médicos e insumos teniendo en cuenta las morbilidades y riesgos de la población atendida, las cuales han sido identificadas previamente de lo cual hay evidencia y así mismo tengan en cuenta lo descrito en el procedimiento de reanimación para incluir lo que se requiera, en el contenido del carro de paro. Se deba revisar el carro de paro para evidenciar si lo escrito corresponde con lo evidenciado en los servicios donde se requiere el carro de paro. En las visitas previas esta verificación se realiza sobre la planeación..
12	El prestador debe mantener condiciones de almacenamiento, conservación, control fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los carros de paro.	En las visitas previas esta verificación se realiza sobre la planeación, lo cual equivale a la documentación de la forma en la cual se va a realizar el almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos de los carros de paro.
13	Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza	Cuando se evidencie que el prestador realiza procedimientos de transfusión y no

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	procedimientos de transfusión, cuenta con convenio o contrato vigente con un banco de sangre certificado por la autoridad competente para el suministro de sangre, componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pre transfusionales cuando el prestador de servicios de salud no las realice..	requiera por interdependencia el servicio de gestión pre-transfusional, se verifica lo definido en el criterio. El contrato o convenio debe incluir el suministro de los componentes sanguíneos que el prestador requiere. El certificado expedido para el banco de sangre corresponde a un "acto administrativo" expedido por el INVIMA.
14	Cuando el prestador de servicios de salud fabrique en su institución gases medicinales, cuenta con la certificación vigente de Buenas Prácticas de Manufactura expedida por el Invima o la entidad que haga sus veces.	Cuando se evidencie que el prestador fabrica en la sede visitada, gases medicinales, verifique lo definido en el criterio.
15	En los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias cuenta con kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos.	El prestador debe definir el contenido del kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos acorde con lo definido en la Resolución 4568 de 2014 o la norma que lo modifique. Los servicios de transporte asistencial (Básico y Medicalizado) también deben contar con este kit.
Modalidad extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria		
16	Adicional a los criterios enunciados del presente estándar, que le apliquen a estas modalidades, el prestador de servicios de salud cuenta con: 16.1 Dispositivos médicos e insumos asistenciales según la patología del paciente o eventos de interés en salud pública cuando se requiera. 16.2 Medicamentos de acuerdo con inventario establecido por el prestador acorde a lo documentado en sus procesos prioritarios, cuando se requiera.	Se deben verificar los soportes documentales definidos en el criterio.
Modalidad de Telemedicina- Prestador Remisor y Prestador de Referencia		
17	El prestador de servicios de salud cumple con los criterios que le apliquen del presente estándar.	Cuando un prestador tenga habilitados servicios en la modalidad de telemedicina como prestador remisor o de referencia, debe identificar de los criterios enunciados del 1 al 16 cuáles le aplican al servicio que se presta en esa modalidad.

1.5 Estándar de procesos prioritarios

Tabla 7. Modo de verificación del Estándar de procesos prioritarios

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	El prestador de servicios de salud adopta y realiza prácticas seguras, acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, si existe nueva evidencia el prestador podrá acogerse a ésta. Cuenta con información documentada de las siguientes buenas prácticas: **1. Procesos institucionales seguros:** 1.1 Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. • Política Institucional de seguridad del paciente • Promoción de la cultura de seguridad • Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo • Reporte • Análisis y gestión 1.2 Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a sucargo. 1.3 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos 1.4 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente	Para las buenas prácticas relacionadas en el criterio, se tienen como referencia los documentos publicados en la página web del Ministerio "*Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.*" Versiones 1.0 y 2.0, disponibles en los siguientes enlaces: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf La política de seguridad del paciente para los Prestadores de Servicios de Salud, se evidencia mediante documento basado en los lineamientos técnicos del Ministerio *"Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*" y que pueden ser consultados en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf Si el prestador cuenta con más de una sede, el documento de la política de seguridad del paciente puede ser transversal a todas las sedes. El profesional independiente puede dar cumplimiento a lo definido en el criterio haciendo uso del formato *"Compromiso del profesional independiente con la atención en salud segura de los usuarios",* publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, que puede ser consultado en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof:%22SUA%22%20AND%20dcispartof:%22Documentos%20tecnicos%22)) La ejecución de las prácticas seguras se evidencia mediante un documento que
2	**Procesos Asistenciales seguros:** 2.1 Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol). 2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique. 2.3 Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique. 2.4 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, en los servicios donde aplique. 2.5 Prevenir úlceras por presión, en los servicios donde aplique. 2.6 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación) 2.7 Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, en los servicios donde aplique.	

	2.8 Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo, en los servicios donde aplique.	incluya las actividades que el prestador desarrollará para su cumplimiento en los servicios. Existen diferentes metodologías y mecanismos para la implementación de las prácticas seguras, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó los paquetes instruccionales y listas de chequeo que contienen una serie recomendaciones acerca de la mejor manera de alcanzar el propósito hacia el cual está dirigida la buena práctica; sin que esto implique su obligatorio cumplimiento, el prestador puede implementar otras herramientas. El prestador adopta mediante un documento las prácticas seguras que son transversales a todos los servicios y las demás que le sean aplicables de acuerdo con el alcance de la oferta de servicios. El profesional independiente puede demostrar el cumplimiento de las actividades de capacitación en seguridaddel paciente, con la metodología yestrategias que el defina.
3	**Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.** 3.1 Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. 3.2 Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, cuando aplique.	
4	**Involucrar a los pacientes y sus allegados en la seguridad** 4.1 Involucrar al paciente en el autocuidado de su seguridad (Que incluya actividades donde se ilustraal paciente y sus allegados) 4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.	
5	El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador.	El prestador de servicios de salud puede integrar otros comités o temáticas en un mismo comité o instancia, o tenerlos por separado. No se exige un número mínimo de integrantes. Cuando el prestador tiene más de una sede en el mismo departamento o distrito, podrá definirse que esta instancia está centralizada en una única sede, no obstante, el prestador debe documentar que las acciones de dicha instancia tienen cobertura sobre cada sede y contempla sus particularidades. El profesional independiente se verifica a través de las actividades documentadas como el control de infecciones, lavado de manos, medidas de bioseguridad, y el uso y prescripción de antibióticos cuando aplique. Estas actividades pueden encontrarse plasmadas en un solo documento del profesional independiente el cual también puede contener el soporte de otros criterios.
6	El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica-GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud	Para el cumplimiento del criterio, el prestador debe documentar las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio, las cuales deben estarrelacionadas con el proceso de atención.

	determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.	Estos documentos en los cuales se soporta la atención en el servicio son las guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos y todos los demás documentos que el prestador considere. Para su elaboración, el prestador debe definir el formato que utilizará. Tales documentos pueden estar en medio físico o electrónico. Este criterio se relaciona con todos los criterios que a lo largo del manual adoptado por la Resolución 3100 de 2019, tengan la frase "… de acuerdo con lo establecido por el prestador en el estándar de procesos prioritarios", que significa que el prestador debe documentar todo lo que se estipule en el estándar de procesos prioritarios de cada servicio. Los documentos que definen las actividades y procedimientos en cada servicio y que están relacionadas con el proceso de atención, deben tener como mínimo la siguiente información: • Nombre de la actividad, acción, o procedimiento o proceso, o protocolo o como el prestador determine su denominación. • Enfoque diferencial, el cual hace referencia a las estrategias o actividades diferenciales que el prestador tendrá en cuenta para la atención de la población de acuerdo a sus características particulares, tales como: condición física, socio cultural, religión, identidad de género, entreotras, cuando aplique. • Talento humano responsable. • Medicamentos, insumos y dispositivos médicos requeridos, cuando aplique • Equipos biomédicos. Cuando el prestador cuente con más de una sede en el mismo departamento o distrito, los documentos pueden contener información transversal a todas las sedes, no obstante, se deben particularizar todas aquellas características de la atención en cada sede. La forma como el prestador determine su gestión documental no es objeto de verificación.
7	La información documentada es conocida mediante acciones de formación continua por el talento humano encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el talento humano en entrenamiento, y existe evidencia de su socialización.	El criterio se verifica a través de soportes documentales de capacitación y participación en las acciones de formación continua, tales como: listas de asistencia, memorias, presentaciones, constancias, actas, entre otros.

		El prestador puede emplear diferentes estrategias para la socialización de tal información.
8	Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente.	No se debe exigir un número mínimo o máximo de guías por servicio, cada prestador define las guías de práctica clínica que el servicio requiera de acuerdo con las patologías que priorice. Las GPC se definen por las principales patologías que atiende un prestador, no se definen por servicio, es decir, una guía de práctica clínica puede involucrar la atención en varios servicios.
9	El prestador de servicios de salud de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio define la guía o guías de práctica clínica a adoptar, o adaptar o desarrollar.	Para la adopción de las GPC el prestador puede presentar un documento como acta, comité, comunicado institucional, entre otros.
10	El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la adopción, o adaptación o desarrollo de guías práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica.	Cuando la GPC, esté en un idioma diferente al español, el prestador debe garantizar que es comprensible a todo el personal involucrado en su implementación.De requerir traducción al idioma español, dicha traducción debe cumplir la normatividad que regula la materia, conforme lo definido en el Código General del Proceso, respecto de los documentos en idioma extranjero, artículo 251 de la Ley 1564 de 2012, o la que la modifique, adicione o sustituya. Por otra parte, cuando un tercero pretende utilizar una obra protegida por el derecho de autor, necesita la autorización del titular de los derechos patrimoniales de manera previa (anterior al uso) y expresa (no tácita) para tal efecto y puede ser concedida a título gratuito u oneroso. Por lo tanto el prestador no debe modificar una GPS, sin autorización de los autores.. Si después de realizar la búsqueda deguías de práctica clínica basadas en la evidencia científica en el medio nacional o internacional no se identifique una GPC disponible l o no sea factible su adopción o desarrollo por parte del prestador, este puede optar por elaborar un protocolo de atención, documento que aportará a disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica, impactando positivamente en la calidad de la atención en salud. El instrumento AGREE II es una herramienta para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica, y su aplicación no es un requisito exigible desde la Resolución 3100 de 2019. El prestador puede hacer uso de otros instrumentos o mecanismos para tal fin.

		Las GPC publicadas por el Ministerio de salud y Protección Social, no requieren de evaluaciones o validaciones adicionales ya que gozan de alta rigurosidad, que les permite ostentar una alta calidad metodológica. No se exige un tiempo mínimo para la actualización de las GPC, los prestadores deben validar la existencia de nueva evidencia científica que permita la actualización de las recomendaciones que han seleccionado como priorizadas, sin tener que actualizar la GPC en su totalidad.
11	Los servicios de salud que atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se determine el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuentan con información documentada para su manejo.	Este criterio se verifica a través del documento en el que se describa el programa para el manejo del dolor y el cuidado paliativo.
12	El prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada: 12.1 Detección, prevención y disminución del riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico, en los servicios donde aplique. 12.2 Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies. 12.3Procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar, en los servicios donde se realice. 12.4 Acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas en los servicios donde se realicen procedimientos de venopunción. 12.5 Aspectos de bioseguridad acordes con las condiciones y características del servicio. 12.6 Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales 12.7 Manejo de gases medicinales que incluya como mínimo la atención de emergencias y sistema de alarma, cuando se utilicen.	El prestador debe contar con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique.
13	El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización cuenta con la siguiente información documentada: 13.1 Buenas prácticas de esterilización de acuerdo con los procedimientos y técnicas que se utilicen, que describa como mínimo los siguientes aspectos: 13.1.1 Recibo de productos contaminados y entrega de material estéril. 13.1.2 Transporte. 13.1.3 Lavado, secado y lubricación. 13.1.4 Empaque.	El prestador debe contar con la documentación donde especifica lo estipulado en el criterio, según le aplique. El prestador que realice el proceso de esterilización debe documentar el método que utiliza.El prestador puede tomar como referencia la normatividad vigente para el tema: Manual de Buenas Prácticas de Esterilización o la normatividad que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

	13.1.5 Etiquetado. 13.1.6 Esterilización. 13.1.7 Almacenamiento. 13.1.8 Verificación de la integridad del material estéril. 13.1.9 Control de calidad que incluya el análisis de los reportes de dicho control, para la toma de medidas preventivas y correctivas.	Es de aclarar que el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización, es una guía que no es de obligatorio cumplimiento por lotanto la verificación se realiza conforme lo documente el prestador.
14	Cuando un prestador de servicios de salud contrate el proceso de esterilización con un tercero, cuenta con un contrato, convenio o acuerdo escrito entre las partes, el cual debe incluir como mínimo las características de calidad de los productos, la supervisión del estado de las instalaciones y la aplicación de los procedimientos del tercero para realizar el proceso. No obstante, el prestador de servicios de salud que requiere el proceso de esterilización es el responsable de garantizar la esterilidad y el desempeño del producto final.	
15	Los prestadores de servicios de salud tienen definidos procedimientos que garanticen el cumplimiento del no reúso de dispositivos médicos cuando el fabricante así lo haya establecido.	El prestador debe asumir en un documento el no reúso de los dispositivos médicos de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.
16	Hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social regule la materia, el prestador de servicios de salud podrá reusar dispositivos médicos, siempre y cuando el fabricante de dichos dispositivos autorice su reúso. En tal caso, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada que defina: 16.1 Los procedimientos, siguiendo las recomendaciones del fabricante, para el reprocesamiento y control de calidad que demuestren la eficacia, desempeño y esterilidad del producto. 16.2 Acciones de seguimiento a través de los comités de infecciones, de seguridad del paciente y del programa de tecnovigilancia, que garanticen que el dispositivo no ha perdido la eficacia y desempeño para el cual fue diseñado, ni exponga al riesgo de infecciones o complicaciones al usuario. 16.3 Los profesionales independientes de salud realizarán el seguimiento a través del programa de tecnovigilancia.	Cuando el prestador defina reúsar dispositivos médicos, se debe verificar que cuente con la documentación que especifica el criterio, según le aplique.

17	Para la referencia de pacientes, el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada: 17.1Estabilización del paciente antes del traslado. 17.2Medidas para el traslado. 17.3 Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: 17.3.1 Diligenciamiento del formato de referencia de pacientes. 17.3.2 Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. 17.3.3 Resumen de historia clínica. 17.3.4 Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correo, entre otros). 17.3.5 Talento humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso. 17.3.6 La referencia de pacientes que se detecten como víctimas de violencia sexual debe hacerse a un servicio de urgencias.	El prestador debe contar con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique. No todos los numerales descritos en el criterio aplican en todos los casos de pacientes referidos.Los criterios que aplican en cada caso estan ligados con la situación clínica del paciente.
18	Cuando se realicen procedimientos bajo sedación fuera de salas cirugía, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada para: 18.1 Realizar la sedación. 18.2 Definición de la atención por profesional de la medicina especialista en anestesiología cuando se identifiquen riesgos para el paciente relacionados con la sedación. 18.3 Manejo de emergencias. 18.4 Seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento. 18.5 Lista de chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de: 18.5.1 Evaluación de la vía aérea. 18.5.2 Determinación del tiempo de ayuno. 18.5.3 Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria. 18.5.4 Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares. 18.6 Observación bajo la supervisión del profesional que realiza la sedación. 18.7 Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente. 18.8 Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante o acudiente.	El prestador debe contar con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique.
19	Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de	El criterio aplica para los prestadores de servicios de salud que no requieren por interdependencia, el servicio de gestión pre

	sus servicios de salud habilitados, cuenta con la siguiente información documentadaalguno de sus servicios de salud habilitados, cuenta con la siguiente información documentada: 19.1 Transporte, conservación, embalaje y remisión de muestras al banco de sangre para la realización de pruebas pre transfusionales. 19.2 Manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia. 19.3 Guía de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos.	transfusional, pero que en alguno de sus servicios habilitados realiza procedimientos de transfusión sanguínea, en tal caso debe documentar lo definido en el criterio.
20	La Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación o el servicio de urgencias, cuenta con: 20.1 Documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales. 20.2 Documento que dé cuenta la conformación del equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.	Verifique que el prestador -IPS que tenga habilitados los servicios definidos en el criterio, deben contar con la documentación estipulada en el criterio.
21	El Profesional Independiente de Salud y las Entidades con Objeto Social Diferente que oferten y presten servicios de salud de los grupos de consulta externa y los prestadores de servicios de salud de Transporte Especial de Pacientes cuentan con documento del proceso que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.	Los prestadores que tengan jhabiloitados los servicios definidos en el criterio deben contar con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique.
22	En los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias, se cuenta con documento del proceso que orienta la atención en salud a víctimas de ataques con agentes químicos	Eel prestador que tenga habilitados los servicios definidos en el criterio, debe contar con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique.
23	Los prestadores de servicios de salud cuentan con información documentada de las condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los kits de derrames de medicamentos, ataque con agentes químicos y de violencias sexuales, según su contenido.	El prestador debe contar con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique. El contenido de los Kits de derrames de medicamentos lo define el prestador acorde con los medicamentos que maneja. Estos Kits los deben tener los prestadores que en alguno de sus servicios habilitados, maneje medicamentos. No se requiere un kit para manejo de derrames y rupturas de medicamentos en cada servicio, éste puede ser compartido entre varios servicios siempre y cuando se encuentre ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.

24	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de hospitalización, hospitalización de paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural, cuentan con la siguiente Información documentada: 24.1Manejo de la enfermedad cerebro vascular. 24.2Manejo del Trauma Craneoencefálico. 24.3Detección de donantes de componentes anatómicos 24.4Mantenimiento del donante de componentes anatómicos	El prestador que tenga habilitados los servicios definidos en el criterio, debe contar con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique.
25	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que cuenten con servicios quirúrgicos de neurocirugía de alta complejidad, cuentan con información documentada del procedimiento para el diagnóstico de muerte encefálica y muerte en asistolia.	Las IPS que tengan habilitados los servicios definidos en el criterio, deben contar con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique.
26	Los prestadores de servicios de salud que realicen pruebas de interés en salud pública deben inscribirse en el Registro de Laboratorios- RELAB.	Relab es una herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual debe inscribirse los prestadores públicos y privados que realicen pruebas de laboratorio para eventos de interés en salud pública y los de inspección, vigilancia y control de interés sanitario. El soporte de cumplimiento del criterio es la verificación de la inscripción del prestador en el aplicativo RELAB que relicen pruebas de interés . Relab se encuentra en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/vigilancia-salud-publica.aspx
27	Cuando el prestador de servicios de salud realice “pruebas en el punto de atención del paciente - (Point of Care Testing - POCT)” en un servicio habilitado cuenta con: 27.1 Información documentada sobre la toma, procesamiento, control de calidad y entrega de resultados. 27.2 Controles de calidad realizados por un servicio de laboratorio clínico que puede ser propio o contratado para tal fin, cuando aplique, de acuerdo a las especificaciones del fabricante. 27.3 Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas preventivas y correctivas.	Las aplicación de pruebas POCT no es exclusiva del servicio de laboratorio clínico o del servicio de toma de muestras de laboratorio clínico. Esta pruebas pueden realizarse en los servicios donde el prestador defina y cada servicio donde se apliquen debe cumplir lo definido en el criterio. Los controles de calidad pueden ser realizados directamente por el personal que realiza las pruebas o por el laboratorio clínico propio o contratado. Cuando el control de calidad de las pruebas POCT lo realice directamente el prestador, el laboratorio clínico debe acompañarlo en la realización, interpretación y seguimiento de las POCT.

		Los controles de calidad de las pruebas POCT los define el fabricante en la ficha técnica de la prueba, cuando los requiera. Es decir, no todas las pruebas POCT requieren controles de calidad.
Adicional a los criterios anteriormente enunciados que le apliquen, para la modalidad extramural jornadas de salud y unidad móvil, el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada		
Modalidad extramural jornadas en salud y unidad móvil		
28	Orientación a los usuarios sobre las condiciones, requisitos y restricciones de acceso, permanencia y salida del vehículo, en condiciones de rutina o en condiciones de emergencia, a cargo del conductor del vehículo y el talento humano en salud.	El criterio se verifica evidenciando la información documentada donde el prestador define las estrategias o mecanismos para dar a conocer la orientación a los usuarios. (Ej. publicada, escrita, verbal, flujograma o señalización)
29	Mecanismos que garanticen comunicación para el seguimiento de los pacientes que lo requieran	El prestador debe definir y documentar los parámetros en los cuáles se requiere realizar seguimiento y el mecanismo que garantice la comunicación efectiva para dicho seguimiento.
30	Mecanismos de supervisión de las actividades realizadas en el marco de los eventos de interés en salud pública, cuando aplique.	El prestador debe definir y documentar los mecanismos de supervisión.
Modalidad telemedicina - Prestador Remisor		
31	Información documentada de la prestación de servicios en esta modalidad que evidencie: 31.1 La o las categorías de telemedicina que se ofrece(n) en cada uno de los servicios habilitados en dicha modalidad y si se presta el servicio como prestador remisor o como prestador de referencia. 31.2 Los flujos de la información. 31.3Los responsables de la atención. 31.4 El método de comunicación que se utiliza (sincrónico o asincrónico) para la atención y los criterios para la identificación de los casos en los cuales se debe transferir y recibir la información en tiempo real (sincrónico) o mediante almacenamiento – envío (asincrónico), 31.5 Las características y formas de relacionamiento entre prestadores de telemedicina (remisor y de referencia) cuando aplique, definiendo los tiempos de respuesta. 31.6 Procedimiento para la captura, almacenamiento y transmisión de la información. 31.7 Parámetros para la digitalización y compresión durante la captura de datos o imágenes que	Se deben verificar las categorías en las cuales se brinda el servicio en la modalidad de telemedicina y comprobar elcumplimiento de los criterios definidos en la norma de habilitación.

	garanticen la resolución necesaria para permitir el diagnóstico.	
Modalidad telemedicina - prestador de referencia		
32	Adicional a los criterios solicitados para el prestador remisor, cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos de los servicios que oferte, acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.	Se debe verificar que el prestador cuente con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique.

1.6 Estándar de Historia Clínica y Registros

Tabla 8. Modo de verificación del Estándar de historia clínica

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica.	Para la verificación de este criterio, es necesario tener presentes las definiciones de Historia Clínica, Historia Clínica Ocupacional, Sistema de Información Clínico, Firma Electrónica. Se debe solicitar la agenda de citas o el censo de los pacientes en los servicios de internación y al azar verificar el cumplimiento del criterio en la historia clínica de algunos pacientes, Adicionalmente se debe verificar el documento donde el prestador tiene definido el proceso de apertura de Historia Clínica a todos los pacientes que se atiendan por primera vez.
2	El prestador de servicios de salud cuenta con procedimientos para utilizar una historia única y para el registro de entrada y salida de historias del archivo físico. Ello implica que el prestador de servicios de salud cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud.	El concepto de historia única no necesariamente implica tener historias unificadas en medio físico, pueden tenerse separadas, por servicios o cronológicamente, siempre y cuando el prestador cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando sea necesario.
3	Los medios electrónicos para la gestión de la historia clínica garantizan la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en esta y en otros registros	Cuando el prestador maneje historia clínica electrónica se debe verificar en el sistema aleatoriamente, que

	asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.	solamente se puede acceder ingresando con usuario y contraseña y una vez se ingrese a la historia clínica se debe evidenciar que no se pueden modificar los datos ya guardados. Lo descrito en el criterio debe estar documentado.
4	Las historias clínicas cuentan con los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia.	Se debe tener en cuenta lo definido en los artículos 8, 9,10 y 11 de la Resolución 1995 de 1999, o la que la modifique, adiciones o sustituya, con relación a los componentes ycontenidos mínimos de la Historia Clínica.
5	La historia clínica y los registros asistenciales se diligencian en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.	Se debe revisar al azar algunas historias clínicas y evidencie el cumplimiento de los criterios 5, 6 y 7.
6	Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.	
7	El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultánea o inmediatamente después de la atención en salud.	
8	La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva.	Para verificar este criterio, se debe solicitar al prestador una demostración de los mecanismos adoptados para garantizar la custodia, seguridad, confidencialidad y conservaciónintegral. Para la Historia Clínicaelectrónica, se debe evidenciar su cumplimiento durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida en la historia clínica y demás registros asistenciales y la reproducibilidad de la información de acuerdo con la legislación vigente.
9	El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.	De acuerdo con lo documentado por el prestador y si este establece la necesidad de utilizar consentimiento informado, se debe revisar al azar algunas historias clínicas y evidenciar el cumplimiento del criterio. Existen algunos eventos en salud que por norma requieren el diligenciamiento del consentimiento informado. Estos documentos deben estar archivados en físico, independiente si el prestador opte por su digitalización.

10	Cuando el prestador de servicios de salud utilice mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones, para lo cual el prestador presentará un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.	Para verificar estos criterios se debe evidenciar que el prestador cuenta con la documentación estipulada en el criterio, según le aplique.
11	Cuenta con los siguientes registros, cuando los prestadores de servicios de salud realicen el proceso de esterilización dentro del servicio y fuera de centrales de esterilización: 11.1 Actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reúso de dispositivos médicos acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reúsos por cada dispositivo esterilizado. 11.2 Registro de cargas. 11.3Resultados del control de calidad. 11.4Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan. 11.5Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.	
12	Cuando se realicen procedimientos de transfusión de sangre o sus componentes, cuenta con los siguientes registros: 12.1Información de los componentes sanguíneos. 12.2Solicitud de los componentes sanguíneos. 12.3 Muestras tomadas para la realización de pruebas pre transfusionales. 12.4 Muestras remitidas al Banco de Sangre y resultado de las pruebas pre transfusionales con el nombre del Banco de Sangre que las realizó, cuando el prestador no cuente con el servicio de gestión pre transfusional. 12.5 Información post-transfusional. 12.6 Informe ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sobre la estadística mensual de componentes sanguíneos transfundidos. 12.7 Temperaturas de los equipos biomédicos que lo requieran. 12.8 Entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o componentes sanguíneos descartados. 12.9 Transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.	

13	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios en la modalidad intramural para Hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos, urgencias y servicios del grupo quirúrgico, cuentan con: 13.1. Registro de donantes detectados. 13.2. Registro de consulta del documento de voluntad anticipada de todos los pacientes fallecidos. 13.3 Registros en la historia clínica de la información sobre el proceso de donación efectuado por los profesionales de salud inscritos ante el Instituto Nacional de Salud.	El numeral 13.1 Corresponde al registro que consolida las personas fallecidas en situación de paro cardiorespiratorio o muerte encefálica y cuentan con criterios de alerta de donación; el registro es realizado en el sistema nacional de información RedDataINS© del Instituto Nacional de Salud a través del Centro Regulador de Trasplantes. En el mencionado registro debe ser explicito quienes finalmente fueron donantes. Lo definido en el numeral 13.2 corresponde a la voluntad positiva o negativa de donación del posible donante y se verifica mediante revisión aleatoria de certificados entregados al prestador por el Centro Regulador de Trasplantes como producto de las consultas realizadas de pacientes fallecidos en situación de paro cardiorespiratorio y muerte encefálica. El numeral 13.3 corresponde a la descripción que se realiza en la Historia Clínica sobre el proceso de donación y se verifica revisando al azar el mencionado registro en la Historia Clínica de los donantes.
Modalidad extramural		
14	La historia clínica utilizada en la modalidad extramural es custodiada por el prestador de servicios de salud que oferta y presta el servicio de salud en la modalidad extramural ycuenta con los siguientes registros: <u>Modalidad extramural domiciliaria</u> 14.1 Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento. 14.2 Nombre de los pacientes atendidos 14.3 Registros de referencia y contrarreferencia, cuando se requieran 14.4 Cuidados por parte del personal de salud 14.5Cuidados encargados a la familia cuando aplique <u>Modalidad extramural jornada de salud y unidad móvil</u> 14.6 Registro de rutas, horarios y frecuencias de la prestación de los servicios ofertados. 14.7 Nombre de los pacientes atendidos. 14.8 Nombre de los pacientes trasladados. 14.9 Fecha y hora de ingreso al servicio. 14.10 Cuidados por parte del personal de salud.	Se debe verificar que el prestador cuente con la documentación estipulada en el criterio.

	14.11 Cuidados encargados a la familia cuando aplique. 14.12 Registros de las fechas de llegada y de salida, cuando aplique. 14.13 Registros de las actividades realizadas.	
Modalidad telemedicina - Prestador Remisor - Prestador de Referencia. Cuenta con:		
15	Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique: 15.1 Los mecanismos que garanticen la custodia, seguridad confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida en la historia clínica y demás registros asistenciales y la reproducibilidad de la información de acuerdo con la legislación vigente. 15.2 Los mecanismos de compresión utilizados por el prestador para que la información recuperada corresponda al dato, imagen o señal original (compresión sin pérdidas). 15.3 El método utilizado para el uso de la firma electrónica o digital. 15.4 La encriptación de la información para su transmisión y mecanismos de acceso a la misma de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud. 15.5 Los sistemas de seguridad y control de acceso a la aplicación, según tipo de usuario cuando se utilizan sistemas de información compartidos o de acceso remoto.	Para verificar este criterio, se debe solicitar al prestador que demuestre que los mecanismos de compresión utilizados permiten que la información recuperada corresponde al dato, imagen o señal original (compresión sin pérdidas). Solicitar al equipo de salud información sobre los mecanismos adoptados por el prestador para garantizar el acceso a la información almacenada. Solicitar información sobre los controles adoptados por el prestador para identificar el responsable de la información registrada, y una demostración del método adoptado para el uso de la firma electrónica o digital. Cuando se utilizan sistemas de información compartidos o de acceso remoto, solicitar demostración de los sistemas de seguridad y control de acceso a la aplicación, según tipo de usuario. Solicitar demostración de la encriptación de la información para su transmisión y de los mecanismos de acceso a la misma.
16	Plan de contingencia en caso de fallas del sistema activo o pérdida de datos.	Se debe revisar el Plan de contingencia en caso de fallas del sistema activo o pérdida de datos, el cuál será definido por el prestador después de evaluar los riesgos, evidenciar un registro de las contingencias del último año y una demostración de la forma como se manejan. En visita previa solamente se verifica el plan de contingencia.
17	Todos los eventos y transacciones que se realicen con ocasión de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina son documentados y almacenados, y son parte integral de la historia clínica.	Para verificar este criterio se debe analizar el modelo de historia clínica utilizado por el prestador y verificar que a todos los pacientes que se atienden en la modalidad de telemedicina se les realiza el registro respectivo de la atención en la historia clínica, y que los pacientes con

		atenciones previas en esta modalidad cuentan con su historia clínica con todos sus componentes
18	Registro de las atenciones realizadas en la modalidad de telemedicina	Se debe verificar el registro de las atenciones en la modalidad de telemedicina.

1.7 Estándar de Interdependencia

Tabla 9. Modo de verificación del Estándar de Interdependencia

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Cuando el servicio interdependiente sea contratado, debe mediar un contrato o un acuerdo escrito entre las dos partes, en el que se establezca que el servicio interdependienteapoya el servicio principal, estableciendo como mínimo: 1.1 Calidad en la entrega de los productos. 1.2 Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente. 1.3 Tiempos de entrega de los productos. 1.4 Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado.	El criterio se verifica cuando los servicios interdependientes sean contratados. Se debe evidenciar que el contrato contenga los cuatro aspectos establecidos en el criterio. Cuando se tomen muestras (biopsias, muestras de laboratorio, citologías, entre otras) y estas deban ser remitidas para su procesamiento a otro servicio se debe verificar que el usuario no tiene la responsabilidad de trasladarla.
2	Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación y monitorización electroencefalográfica con video y radio; el prestador de servicios de salud tiene disponibilidad del servicio de transporte asistencial.	El criterio se verifica en todos los servicios donde se realicen procedimientos bajo sedación o monitorización electroencefalográfica con video y radio.

Capítulo IV - Estándares y criterios de habilitación por grupo y servicio de salud

En este capítulo solo se abordarán aquellos criterios, que requieren especificar su modo de verificación.

1. GRUPO CONSULTA EXTERNA

El grupo de consulta externa incluye los siguientes servicios:

- Consulta externa general
- Consulta externa especializada
- Vacunación
- Seguridad y Salud en el trabajo

La consulta prioritaria no es un servicio de salud, sin embargo, algunos prestadores la tenían habilitada bajo la Resolución 2003 de 2014. Con la actualización del portafolio de servicios y la transición de servicios a la Resolución 3100 de 2019, la consulta prioritaria será cerrada y los prestadores que la tenían habilitada, deben seleccionar el servicio donde aplican esta estrategia, para lo cual deberán seleccionar el servicio y definir en el horario de atención el tiempo en el que se ofertará (hasta 23:59).

1.1 Servicio Consulta Externa General

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
10	Estándar de Infraestructura Modalidad intramural – complejidad baja 10. Disponibilidad de : (…) 10.2 Mínimo una (1) unidad sanitaria de uso mixto, apta para personas con movilidad reducida, cuando el prestador cuente con hasta dos consultorios o ambientes de entrevista. 10.3. Mínimo una (1) unidad sanitaria discriminada por sexo apta para personas con movilidad reducida, o batería sanitaria discriminada por sexo con mínimo una (1) unidad sanitaria apta para personas con movilidad reducida, cuando el prestador cuente con más de dos consultorios o ambientes de entrevista.	Para la verificación de los numerales 10.2 y 10.3, del criterio 10, , las unidades odontológicas cuentan como consultorio para el cálculo de las unidades sanitarias.
12	Cuando se realicen terapias e intervenciones grupales para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas o alteraciones en salud mental,	La dimensión variable del ambiente la define el prestador; sin embargo, este ambiente debe permitir accesibilidad de pacientes en

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	cuenta con ambiente con dimensión variable para su realización.	condición de discapacidad y la movilización del personal de salud y de los equipos requeridos para las actividades a desarrollar.
20 y 21	Estándar de Dotación. Complejidad baja- Modalidad Intramural (…) 20. Para el consultorio donde no se realiza examen físico ni procedimientos, no se exige la dotación anterior. El prestador de servicios de salud cuenta con la dotación necesaria de acuerdo con lo documentado en el estándar de procesos prioritarios. 21.El consultorio donde se realicen procedimientos cuenta con la dotación mínima definida para el consultorio donde se realice examen físico y adicionalmente cuenta con la dotación necesaria para realizar los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios.	Antes de iniciar la verificación del estándar de dotación, se debe leer lo que el prestador tiene documentado en el estándar de procesos prioritarios, con el fin de conocer los equipos biomédicos que requiere para la prestación de los servicios.

1.2 Servicio Consulta Externa Especializada

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Estándar de Talento Humano Complejidad mediana Modalidades Intramural, extramural, unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria 1. Cumple con los criterios definidos para el servicio de consulta externa general y adicionalmente cuenta con: 1.1 (…) 1.2 Para medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias, cuenta con profesional de la salud con título de especialista en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberá acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado y de acuerdo con lo documentado por el prestador de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios.	Cuando el prestador de servicios de salud habilite un servicio de medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias, debe contar con el título de especialista. Lo anterior no limita que los profesionales de la salud que no cuenten con especialidad en medicinas alternativas y terapias complementarias, pero que tengan competencias adquiridas en el ámbito de su disciplina, puedan realizar procedimientos de medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias, en el servicio sobre el cual pueden dar cumplimiento en el estándar de talento humano, en este caso según el título de profesional de la salud otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado. Por ejemplo un médico general con entrenamiento no formal en medicina alternativa y/o terapias alternativas y complementarias, puede realizar los procedimientos adquiridos en este entrenamiento dentro del servicio de medicina general, en el que cumple con el estándar de talento humano. Este profesional no podrá habilitar el servicio de consulta externa especializada de medicinas alternativas y terapias alternativas y

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		complementarias porque no tiene el titulo de posgrado correspondiente.

2. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA

2.1 Servicio de Terapias

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
Las terapias son procedimientos que se pueden realizar en otros servicios del grupo de internación o en el servicio de urgencias, entre otros. En estos casos el prestador debe documentar el procedimiento en el estándar de procesos prioritarios. sin necesidad de habilitar el Servicio de Terapias.		
7	Estándar de Infraestructura Modalidades Intramural 7.De acuerdo con el tipo de terapia ofertada, el servicio cuenta con: 7.1 (…)	Las áreas o ambientes del servicio dependen de las actividades y equipos biomédicos que se requieran para la prestación del servicio, lo cual debe estar en concordancia con lo definido y documentado por el prestador en el estándar de procesos prioritarios. En éstos servicios de Terapia se pueden llevar a cabo actividades individuales o grupales, para lo cual los prestadores deben contar con las áreas necesarias.

2.2 Servicio Farmacéutico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
5	Estándar de Infraestructura Complejidad baja Modalidades Intramural, extramural domiciliaria, telemedicina categoría telexperticia- prestador remisor 5 Cuenta con: 5.1 Ambiente o área administrativa. 5.2 Ambiente o área de recepción de medicamentos y dispositivos biomédicos. 5.3 Ambiente o área de dispensación de medicamentos y entrega de dispositivos médicos. 5.4 Ambiente o área de almacenamiento, que garantice las condiciones temperatura y humedad recomendadas por el fabricante. 5.5 Ambiente o área independiente de medicamentos de control especial, que garantice las condiciones temperatura y humedad recomendadas por el fabricante. 5.6 Ambiente o área para almacenamiento de productos rechazados, devueltos y retirados. 5.7 Ambiente o área para almacenamiento de productos destruidos o desnaturalizados por vencimiento o deterioro. 5.8 Ambiente o área de cuarentena de medicamentos.	El ambiente o área de medicamentos de control especial y que requieran cadena de frío al que se refiere el numeral 5.5. del criterio, se verifican cuando el prestador de servicios de salud maneje este tipo de medicamentos. En la modalidad extramural domiciliaria, los ambientes o áreas, aplican para el servicio farmacéutico responsable del sistema de distribución de medicamentos al domicilio, no hacen referencia para ser cumplidos en el domicilio del paciente.

2.3 Servicio de Radiología Odontológica

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
8	Estándar de Infraestructura Modalidades extramural: unidad móvil, telemedicina-prestador remisor 8.Adicional a lo establecido en la modalidad intramural, cuenta con acceso al servicio de energía eléctrica o fuente de energía alternativa	En la modalidad extramural- unidad móvil se debe evidenciar que la fuente de energía eléctrica o fuente de energía alternativa, se encuentre sujeta a la estructura de la unidad móvil.
10	Estándar de dotación Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor 10. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: 10.1 Equipo generador de radiación ionizante según los exámenes diagnósticos realizados. 10.2 Elementos de protección radiológica adulto o pediátrico, según oferta, protocolos y especificaciones técnicas del equipo: 10.2.1 Delantal plomado 10.2.2 Protector de tiroides	La Resolución que otorga la licencia de práctica médica categoría I o II, incluye los equipos que se encuentran instalados en la sede del prestador de servicios de salud, y debe contener la siguiente información como mínimo: marca, modelo y serie Los elementos de protección radiológica deben ser acordes con el tipo de paciente a atender, adulto o pediátrico. Cuando se presten servicios extramurales en unidad móvil, el equipo biomédico debe ser portátil. Para verificar esta característica se deben leerlas indicaciones del fabricante del equipo o el registro sanitario.
11	Estándar de dotación Modalidad extramural unidad móvil, telemedicina-prestador remisor 11. Adicional a lo establecido en la modalidad intramural, cuenta con: 11.1 Equipo generador de radiación ionizante según la oferta, cuyas indicaciones del fabricante refieran que está diseñado para ser instalado y operado y mantenido en una unidad móvil. 11.2 La unidad móvil está dotada con señal luminosa o sonora indicando la presencia de radiación.	
15	Estándar de procesos prioritarios Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor 15.Cumple con los criterios que le sean aplicables a todos los servicios y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada: (…)	La calidad de la imagen la comprueba una persona natural o jurídica autorizada por Secretaría de Salud Departamental de Distrital, para prestar servicios de protección radiológica y control de calidad a equipos generadores de radiaciones ionizantes. Este procedimiento debe estar documentado como parte del control de calidad, el cual tiene una vigencia de 2 años.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	15.2 Verificación de la calidad de la imagen, del equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas preventivas y correctivas cuando apliquen.	Las medidas preventivas y correctivas se basan en la información histórica de los controles de calidad, teniendo en cuenta que los resultados no hayan cambiado más de lo tolerable, la tolerancia debe estar establecida en el protocolo de control de calidad.
18 Y 19	Estándar de Historia Clínica y registros Modalidad intramural y telemedicina- prestador remisor 18. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con los siguientes registros: (…) 18.2 Dosis de radiación expresadas en unidades según sea la tecnología del equipo. Modalidades extramural unidad móvil, telemedicina-prestador remisor 19. Adicional a lo anterior cuenta con: 19.1 Registro de verificación de la calidad de imagen. 19.2Registro del control de calidad general. 19.3Registro de la evaluación de los niveles de exposición ocupacional tanto del personal involucrado en la práctica, como del público.	El prestador debe definir y documentar, las dosis de radiaciones e indicar el tipo de unidades que maneja y cómo las mide o calcula. El registro de verificación de la calidad de la imagen se basa en los valores obtenidos de los parámetros del simulador de imagen, ejemplo: resolución, contraste o colimación. Para la unidad móvil, estos registros se llevan por cada movimiento o desplazamiento de la unidad. El equipo generador de radiación ionizante ubicado en la unidad móvil puede desajustarse y por tanto la calidad de la imagen puede verse afectada, por lo anterior el prestador debe documentar la verificación de la calidad de la imagen por cada movimiento o desplazamiento de la unidad. El control de calidad es realizado por una persona natural o jurídica autorizada por la Secretaría de Salud Departamental de Distrital, para prestar servicios de protección radiológica y control de calidad a equipos generadores de radiaciones ionizantes. l prestador debe documentar el procedimiento y registrar la infromación incluyendo el control de calidad de la imagen y la evaluación de parámetros geométricos y dosimétricos.

2.4 Servicio de Imágenes Diagnósticas

2.4.1 Métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante equipos generadores de radiaciones ionizantes.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
8 Y 9	Estándar de Infraestructura Complejidades baja, mediana y alta: Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: (…)	Para verificar el criterio, se debe tener en cuenta el tipo de procesamiento de la imagen: análogo o digital. El ambiente oscuro aplica para el revelado análogo o tradicional, (cuando la imagen se revela usando líquidos, ya sea, manualmente o con una

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	8.3 Ambiente oscuro con luz de seguridad de acuerdo con la tecnología del equipo o, área o ambiente de procesamiento de imágenes, cuando se requiera. Puede ser compartido con los ambientes de la baja, mediana y alta complejidad. 9. Disponibilidad de: 9.1 Sala de espera 9.2 Unidades sanitarias discriminadas por sexo. 9.3 Ambiente de lectura y transcripción de resultados.	reveladora automática). Para imágenes digitales, se cuenta con un área o ambiente donde se ubican las máquinas para procesar las imágenes. Esta área o ambiente no debe ser el ambiente de lectura del radiólogo, ni el área de disparo del equipo.En el ambiente de lectura y transcripción de resultados, se debe verificar la iluminación baja o controlable.
18 y 19	<u>Estándar de Dotación</u> <u>Complejidad baja</u> <u>Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor</u> 18. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, 19. Cuenta con: 19.1 Equipo generador de radiación ionizante según los exámenes diagnósticos realizados. 19.2 Pantalla o monitor grado médico para imágenes radiológicas. (…)	El manual de la pantalla o monitor grado médico para imágenes radiológicas, debe evidenciar que el fabricante diseño éstos dispositivos médicos para desplegar imágenes médicas y que las especificaciones técnicas cumplen con lo requerido.Cuando se presten servicios extramurales en unidad móvilel equipo biomédico debe ser portátil. Para verificar esta característica se deben leer las indicaciones del fabricante o el registro sanitario.AM
23	<u>Estándar de Dotación</u> <u>Complejidades baja y mediana</u> <u>Modalidades extramural unidad móvil, telemedicina- prestador remisor</u> 23.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios, la modalidad intramural baja complejidad y adicionalmente cuenta con: 23.1El o los equipo(s) generador(es) de radiaciones ionizantes, cuyas indicaciones del fabricante refieran que está diseñado para ser instalado y operado en una unidad móvil. • (…)	
25	<u>Estándar de Dotación</u> <u>Complejidades baja, mediana y alta</u> <u>Modalidad telemedicina –prestador de referencia</u> 25. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con pantalla o monitor grado médico para imágenes radiológicas.	
28 Y 31	<u>Estándar de Procesos Prioritarios</u> <u>Modalidad intramural</u> <u>Complejidad baja</u> 28. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada:	La calidad de la imagen la comprueba una persona natural o jurídica autorizada por la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, para , prestar servicios de protección radiológica y control de calidad de los equipos

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	(…) 28.4 Verificación de la calidad de la imagen, incluida la toma de medidas preventivas y correctivas, cuando se requiera. 28.5 Control de calidad del equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas correctivas cuando aplique. <u>Modalidad extramural unidad móvil</u> <u>Complejidades baja y mediana</u> 31.Adicional a lo definido en la modalidad intramural en baja y mediana complejidad, cuenta con la siguiente información documentada: Verificación de la calidad de la imagen, para cada desplazamiento realizado por la Unidad móvil en la que está instalado el equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas preventivas y correctivas cuando aplique.	generadores de radiaciones ionizantes.Este procedimiento debe estar documentado como parte del control de calidad, el cual tiene una vigencia de 2 años. Las medidas preventivas y correctivas se basan en la información histórica de los controles de calidad, teniendo en cuenta que los resultados no hayan cambiado más de lo tolerable, la tolerancia debe estar establecida en el protocolo de control de calidad.
33 al 35	<u>Estándar de Historia Clínica y Registros</u> <u>Complejidades baja, mediana y alta</u> <u>Modalidad intramural, telemedicina- prestador remisor</u> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con los siguientes registros: (…) 33.2Dosis de radiación expresadas en unidades según la tecnología del equipo. (…) 33.5Control de calidad vigente, de los equipos generadores de radiación ionizante. <u>Complejidades baja y mediana</u> <u>Modalidad extramural unidad móvil, telemedicina – prestador remisor</u> 34.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicional a lo definido en la Modalidad intramural cuenta con los siguientes registros: Verificación de la calidad de imagen para cada desplazamiento de la Unidad Móvil donde está ubicado el equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas correctivas, cuando aplique. <u>Complejidades baja, mediana y alta</u> <u>Modalidad telemedicina- prestador de referencia</u> 35.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios	El prestador debe definir y documentar las dosis de radiaciones e indicar el tipo de unidades maneja y cómo las mide o calcula. El control de calidad vigente de los equipos generadores de radiación ionizante, incluye la calidad de la imagen basada en los parámetros obtenidos del simulador de imagen, ejemplo: resolución, contraste o colimación. depara la unidad móvil estos registros se llevan por cada movimiento o desplazamiento de la unidad. El equipo generador de radiación ionizante ubicado en la unidad móvil puede desajustarse y por tanto la calidad de la imagen puede verse afectada. Por lo anterior, el prestador debe documentar como parte del control de calidad la verificación de la calidad de imagen en cada movimiento o desplazamiento de la unidad. El control de calidad es realizado por una persona natural o jurídica autorizada por la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, para prestar servicios de protección radiológica y control de calidad a los equipos generadores de radiaciones ionizantes. Este registro incluye el control de calidad de la imagen y la evaluación de parámetros geométricos y dosimétricos. El prestador debe documentar el

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		procedimiento, así como los registros de dicho control.

2.4.2 Métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante equipos generadores de radiaciones no ionizantes

	Se debe tener en cuenta que:
	El ultrasonido es un procedimiento que puede ser utilizado en servicios de consulta externa especializada, del grupo de internación, de urgencias, entre otros, donde es posible documentar este procedimiento en el estándar de procesos prioritarios, sin necesidad de habilitar el Servicio de Imágenes Diagnósticas.

2.5 Servicio de Medicina Nuclear

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Estándar de Talento Humano Complejidad alta Modalidad intramural, telemedicina –prestador remisor 1.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: (…) 2.6 Oficial de protección radiológica para toda la institución.	El oficial de protección radiológica es un profesional que cuente con el certificado de formación en protección radiológica, expedido por una institución de educación superior o por una institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano. Este profesional puede ejercer las funciones para toda la institución, es decir para varios servicios que lo requieran, es el responsable de velar por la óptima aplicación de los principios de protección y seguridad radiológica y actividades de control de calidad, entre otras.
5	Estándar de Infraestructura Complejidad alta Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor 5. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: 5.1 Ducha de seguridad	La ducha de seguridad es la mismaducha de emergencia definida así:. Ducha de emergencia: Ducha utilizada en situaciones de emergencia que permite la aspersión en todo el cuerpo.
6	Estándar de Infraestructura Complejidad alta Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor 6 Disponibilidad de: (…) 6.4.Ambiente destinado únicamente para segregación y decaimiento de ropa. (…)	El ambiente destinado únicamente para segregación y decaimiento de ropa, aplica cuando se maneje aislamiento de pacientes. El vestidor de pacientes, puede incluir unidad sanitaria. El área de casilleros puede estar dentro o fuera del vestidor.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	6.6.Vestidor de pacientes, con disponibilidad de área para casilleros.	
15	Estándar de Dotación Complejidad alta Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: 15.1Cuando cuente con equipos de PET-TC o SPECT CT o SPECT, se garantiza la realización de los controles de calidad, por parte de un profesional en física o ingeniería física o ingeniería biomédica o físico médico, que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en control de calidad PET. (…)	Para los equipos SPECT o SPECT CT, el control de calidad se realizará según las indicaciones del fabricante.
17	Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos Complejidad alta Modalidad intramural, telemedicina –prestador remisor 17.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: 17.1 Certificado vigente de buenas prácticas de elaboración de radiofármacos expedido por el Invima, cuando el prestador de servicios salud cuente con radiofarmacia de media o alta complejidad. En caso de contratar con un proveedor externo, éste debe contar con dicha certificación y contrato vigente. 17.2 Oxígeno medicinal.	Para radiofarmacias de mediana y de alta complejidad se debe verificar el certificado vigente de buenas prácticas de elaboración de radiofármacos expedido por el Invima, de acuerdo con lo establecido en la transitoriedad de la normativa que regula lasradiofarmacias. El certificado vigente de buenas prácticas expedido por el Invima tiene vigencia de cinco (5) años. Esta certificación será exigible en las visitas de certificación y reactivación. No aplica en visita previa.
19	Estándar de Procesos Prioritarios Complejidad alta Modalidad intramural, telemedicina –prestador remisor 19.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada: 19.1 Cuando el prestador realiza medicina nuclear diagnóstica: 19.1.1 .Prescripción y dosificación de todos los radiofármacos o radionúclidos para Gammagrafías o estudios PET o SPEC CT. (…)	La documentación de la prescripción y dosificación del uso de radiofármacos o radionúclidos es la que el especialista prescribe por cada paciente atendido.
21	Estándar de Historia Clínica y Registros Complejidad alta Modalidad intramural, telemedicina –prestador remisor 21. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: (…) 21.4. Registro de mediciones de tasa de exposición o tasa de dosis equivalente, al momento del alta de pacientes sometidos a terapia.	El registro de mediciones de tasa de exposición o tasa de dosis equivalente, solo aplica cuando en el servicio se realizan terapias con radiofármacos de actividad mayor a 30 mCi.

2.6 Servicio de Radioterapia

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Estándar de Talento Humano Complejidad Alta Modalidad intramural, telemedicina –prestador remisor 1. Cumple con los criterios que le sean aplicables a todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: (…) 1.3. Oficial de protección radiológica para toda la institución.	El oficial de protección radiológica es un profesional que cuente con elcertificado de formación en protección radiológica, expedido por una institución de educación superior o por una institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano. Este profesional puede ejercer las funcionespara toda la institución, es decir para varios servicios que lo requieran, es el responsable de velar por la óptima aplicación de los principios de protección y seguridad radiológica y actividades de control de calidad, entreotras.

2.7 Servicio de Quimioterapia

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
La quimioterapia es un procedimiento que se puede realizar en algunos servicios del grupo de internación, donde se debe documentar en el estándar de procesos prioritarios sin necesidad de habilitar el Servicio de Quimioterapia.		
1	Estándar de Talento Humano Complejidad alta Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor 1.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: (…) 1.3 Químico (a) Farmacéutico (a) con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el cuidado integral del paciente adulto o pediátrico con quimioterapia, según oferta.	El Químico (a) Farmacéutico (a), para el servicios de quimioterapia es diferente al de el servicio farmacéutico. Lo anterior porque la condición “cuenta con” paracada servicio (quimioterapia-servicio farmacéutico) no permite compartir este profesional.
7 y 8	Estándar de Infraestructura Complejidad alta Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor 7 Área para la administración de medicamentos parapaciente adulto, si lo oferta. La distribución de las sillas de quimioterapia dentro del área debe permitir movilización del talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos. 8. Área para la administración de medicamentos para paciente pediátrico, si lo oferta. La distribución de las sillas de quimioterapia dentro del área debe permitir movilización del talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos.	Los numerales 8.1. a 8.8. aplica para las áreas para la administración de medicamentos en adultos y pediátricos.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	8.1 Salida de oxígeno medicinal por silla o camilla 8.2 Ambiente o área para administración prolongada de quimioterapia. 8.3 Puesto de enfermería. 8.4 Área o ambiente de trabajo limpio 8.5 Ambiente de trabajo sucio. 8.6 Sala de procedimientos. 8.7 Área de recuperación, que puede ser la misma silla de tratamiento. 8.8 Unidad sanitaria.	

2.8 Servicio de Diagnóstico Vascular

	Tenga en cuenta durante la verificación:
	La electrocardiografía es un procedimiento que se puede realizar en servicios de consulta externa especializada, del grupo de internación o servicio de urgencias, entre otros, donde se debe documentar en el estándar de procesos prioritarios sin necesidad de habilitar el Servicio de Diagnóstico Vascular.

2.9 Servicio de Gestión Pre-transfusional

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Estándar de Talento Humano Modalidad intramural 1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuando el servicio de gestión pre-transfusional sea interdependiente de: Servicios de salud de alta complejidad: 1.1. Cuenta con profesional de bacteriología. Servicios de salud de mediana y baja complejidad: 1.2. Disponibilidad de profesional de bacteriología.	Teniendo en cuenta que el servicio de gestión pre-transfusional no tiene complejidad, para verificar el talento humano se debe observarla complejidad de los servicios que lo requieren en el estándar de interdependencia. Para apoyar servicios de alta complejidad, el servicio de gestión pretransfusional requiere contar con profesional de Bacteriología y para apoyar servicios de mediana o baja complejidad se requiere que el servicio de gestión pretransfusional debe tener disponibiliad del profesional en bacteriología.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
		Ejemplos: • El servicio de cirugía de alta complejidad que requiere por interdependencia el servicio de gestión pre-transfusiona, éste debe contar con profesional de bacteriología. • El servicio de cirugía de mediana complejidad que requiere por interdependencia el servicio de gestión pre-transfusional, éste debe tener disponibilidad del profesional de bacteriología.
	Estándar de Infraestructura Modalidad intramural (…)	El servicio de gestión pre-transfusional puede estar ubicado en las instalaciones físicas de un banco de sangre, siempre y cuando cumpla con los estándares y criterios establecidos en la noma de habilitación vigente. El banco de sangre no es considerado un servicio de salud (Decreto 780 de 2016-SOGCS) y su vigilancia corresponde al Invima.

2.10 Servicio de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
En otros servicios de salud el talento humano puede hacer uso de pruebas rápidas como parte de la atención a un paciente, lo cual no implica que deba habilitar el servicio de toma de muestras. En este caso, se debe documentar el procedimiento en el estándar de procesos prioritarios y cumplir lo que le aplique de "Todos los servicios" **El prestador que tenga habilitado el servicio de laboratorio clínico, puede tomar muestras de laboratorio clínico documentando el procedimiento en el estándar de procesos prioritarios. sin necesidad de habilitar el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico.**		
1	Estándar de Talento Humano Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria 1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: Profesional de bacteriología o auxiliar de laboratorio clínico o auxiliar de enfermería.	Las auxiliares de laboratorio clínico graduadas antes de la expedición del Decreto 3616 de 2005, tienenla competencia para trabajar en este servicio.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
2	Estándar de Talento Humano Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria Disponibilidad de: Profesional de bacteriología quien realiza la supervisión cuando la toma de muestras es realizada por el auxiliar.	La supervisión cuando la toma de muestras es realizada por el auxiliar, corresponde a la verificación por parte del profesional de bacteriología acorde con lo definido en los procesos prioritarios por el prestador. Tenga en cuenta la definición de supervisión de talento humano en salud, descrita en el numeral 4.2 del Manual que hace parte de la Res.3100 de 2019 Actividades de supervisión documentadas en, donde se evidencie la verificación del cumplimiento por parte de la auxiliar de los protocolos, procedimientos y demás información documentada en el servicio.

2.11 Servicio de Laboratorio Clínico

No. Criterio	Descripción **El servicio de laboratorio clínico no tiene complejidad.**	Modo de verificación
1	Estándar de Talento Humano Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y telemedicina- prestador remisor 1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: 1.1. Profesional de bacteriología. 1.2. Talento humano profesional que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continúa en las actividades relacionadas con el laboratorio clínico, cuando se requiera. 1.3. Auxiliar de laboratorio clínico o de enfermería, cuando se requiera 1.4. Cuenta con gestor comunitario en salud que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la detección temprana, el diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública, entre otras, cuando se requiera.	La constancia de asistencia definida en el numeral 1.2. del criterio 1, se exige al talento humano profesional diferente al profesional de bacteriología. El servicio de laboratorio clínico, puede tener talento humano como Biólogos, microbiólogos o químicos, entre otros, que el prestador puede necesitar de acuerdo con su oferta., no obstante, debe contar con profesional en bacteriología. El perfil del gestor comunitario en salud será definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la norma que regule la materia. Entre tanto, este criterio no se verificará.
7 y 8	Estándar de infraestructura Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor. 7. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios.	El prestador define los ambientes técnicos de procedimientos que va a requerir. Existen procedimientos que requieren de un ambiente independiente como

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	El servicio de laboratorio clínico no tiene complejidad.	
	8. Cuenta con: 8.1 (…) 8.2. Ambiente(s) técnico(s) de procedimientos que cuenta con: 8.2.1. Mesón de trabajo, con poceta cuando ésta se requiera. 8.2.2. Ducha manual o lavaojos que puede ser compartida entre los ambientes técnicos. 8.2.3. Área para neveras o cuarto frío, cuando se requiera. 8.2.4. Lavamanos. 8.2.5. Ambiente oscuro, cuando se requiera. (…)	por ejemplo las pruebas de microbiología. En un laboratorio donde se realizan pruebas que no requieren condiciones especiales, el prestador puede contar con un solo ambiente técnico de procedimientos y varias áreas (o secciones).
16	Estándar de Procesos Prioritarios Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud, telemedicina - prestador remisor. 16. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada: (…) 16.8. Control de calidad de las “pruebas en el punto de atención del paciente - (point of care testing -POCT)”, cuando aplique.	Los controles de calidad de las “pruebas en el punto de atención del paciente - (point of care testing - POCT)” se realizarán de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.
18	Estándar de historia clínica y registros Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud, telemedicina - prestador remisor 18. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: (…) 18.3 Registro de validación secundaria o verificación. (…)	La validación secundaria es la evaluación del desempeño del método (sensibilidad, especificidad, robustez) obtenida en el laboratorio clínico donde se realizan las pruebas, de acuerdo con los parámetros establecidos en la validación del método. Es la comprobación del correcto funcionamiento del método en el propio laboratorio.

2.12 Servicio de Toma de Muestras de Cuello Uterino y Ginecológicas

	Tenga en cuenta durante la verificación:
	Los procedimientos de toma de muestras de cuello uterino y toma de muestras ginecológicas se puede realizar en servicios de consulta externa general y especializada, entre otros, documentando el procedimiento en el estándar de procesos prioritarios sin necesidad de habilitar el Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas,

2.13 Servicio de Laboratorio de Histotecnología

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Descripción del Servicio: Servicio donde se realizan los procedimientos técnicos para la preparación y montaje de tejidos y material citológico de origen humano.	En este servicio no se realiza el análisis de fragmentos de tejidos u órganos (biopsias) o de material citológico de origen humano. Este análisis se realiza en el servicio de Patología.

2.14 Servicio de Patología

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
8	Estándar de Dotación Modalidades intramural y telemedicina- prestador remisor 8 Adicionalmente cuenta con la siguiente dotación cuando la requiera: (…) 8.4. Dispensador de parafina	El numeral 8.4 se cumple con el dispensador de parafina o con estación de inclusión.

3. GRUPO DE INTERNACIÓN

3.1 Servicio de Hospitalización

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
20	Estándar de Infraestructura Complejidad baja Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor- categoría telexperticia. 20. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: 20.1. Sala de procedimientos cuando el servicio cuente con habitaciones múltiples. (…)	La sala de procedimientos puede compartirse cuando el servicio de hospitalización funcione en varios pisos o niveles.

3.2 Servicio de Hospitalización Paciente Crónico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Estándar de Procesos Prioritarios Complejidades baja y mediana Hospitalización paciente crónico con y sin ventilador	

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
47	47.Para el servicio de hospitalización del paciente crónico sin ventilador en modalidad extramural domiciliaria telemedicina – prestador remisor - categoría telexperticia y categoría telemonitoreo, adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada: 47.1 Criterios de inclusión de pacientes para la modalidad domiciliaria, que incluya: (…) 47.1.2 Verificación de la existencia de nevera en el domicilio del paciente, cuando los medicamentos requieran cadena de frío.	La nevera es un criterio de inclusión de pacientes para la modalidad extramural domiciliaria, que debe cumplir el domicilio y se verifica a través del documento de valoración de criterios de inclusión, por lo tanto no es responsabilidad del prestador dotar con nevera el domicilio del paciente.

3.3 Servicios de Cuidado Intensivo pediátrico y Adulto.

	Tenga en cuenta durante la verificación:
	La atención del paciente quemado adulto y pediátrico puede realizarse dentro del servicio de cuidado intensivo adulto o pediátrico o puede realizarse en un ambiente diferente a este servicio. En los dos casos (dentro o fuera) deben cumplir con lo que exige cada uno de los estándares para la atención de estos pacientes. El procedimiento de diálisis puede realizarse en el servicio de cuidado intensivo pediátrico o adulto, documentándolo en el estándar de procesos prioritarios sin necesidad de habilitar el servicio de diálisis.

3.4 Servicio de Cuidado Intermedio Pediátrico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
7	<u>Estándar de Infraestructura</u> <u>Complejidad mediana</u> <u>Modalidades Intramural, Telemedicina- prestador remisor</u> 7.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: (…) 7.5. Lavamanos, que puede ser compartido entre varios cubículos.	El Prestador define el número de cubículos por cada lavamanos.

4. GRUPO QUIRÚRGICO

4.1 Servicio de Cirugía

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
3	Estándar de Talento Humano Complejidades mediana y alta Modalidades intramural, extramural jornada de salud, unidad móvil y telemedicina- prestador remisor 3. Si ofrece trasplante de tejidos adicional a lo anterior, disponibilidad con permanencia de profesionales de la medicina especialistas quirúrgicos durante los procedimientos quirúrgicos y de conformidad con lo definido en el estándar de procesos prioritarios, así: (…) 3.2. Para el trasplante osteomuscular: Profesional de la medicina especialista en cirugía que demuestre haber adquirido en su formación académica conocimientos en el manejo quirúrgico del trasplante osteomuscular. Según la oferta del servicio. (…) 3.4. Para trasplante de piel y componentes de la piel: profesional de la medicina especialista en cirugía que demuestre haber adquirido en su formación académica conocimientos en el manejo quirúrgico del trasplante de piel y componentes de la piel.	Para los numerales 3.2 y 3.4, el profesional de la medicina especialista en cirugía que realice el respectivo trasplante adquirió durante suformación las competencias para esta actividad, lo cual se verifica a través deldocumento expedido por la Entidad de Educación Superior lñegalmente reconocida por el Estado que haya expedido el diploma. Este documento puede ser copia del pensum o certificación de notas, entre otros.
4	Estándar de Talento Humano Complejidades mediana y alta Modalidades intramural, extramural jornada de salud, unidad móvil y telemedicina- prestador remisor 4. Si ofrece trasplante de órganos cumple con los criterios definidos para el servicio de cirugía en mediana complejidad y adicionalmente, cuenta con: 4.1. Coordinador operativo de trasplantes. (…)	El Coordinador operativo detrasplantes, es el médico que realiza actividades propias de la gestión operativa de la donación en las IPS habilitadas con programas de trasplantes o en las IPS generadoras. Estos programas incluyen la promoción, la identificación, la detección de donantes potenciales, la obtención del consentimiento informado familiar y el manejo de los donantes de órganos y tejidos, entre otros. No existe un título formal de “coordinador operativo de trasplantes”, el criterio se verifica a través de las acciones de formación continua. (Constancia de asistencia) La existencia del coordinador operativo de trasplantes se soporta mediante un contrato o convenio que certifique la vinculación del médico que realizará las actividades propias de la gestión operativa de donación en la IPS. La IPS debe haber inscrito el coordinador operativo de trasplantes en el Sistema Nacional de Información

		RedDataINS©, evidenciando el certificado que le expide el INS a través de RedDataINS©.
8	Estándar de Infraestructura Complejidades mediana y alta Modalidades intramural, telemedicina- prestador remisor 8.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: (…) 8.6. Lavamanos quirúrgico en cantidad igual al número de salas de cirugía más uno ubicado antes del ingreso acada sala de cirugía. (…)	Los lavamanos quirúrgicos "deben ubicarse en el corredor aséptico contiguo al ingreso de las salas de cirugía.
40, 41 Y 43	Estándar de Interdependencia Complejidades mediana Modalidades intramural, extramural jornada de salud, unidad móvil 40. Cuenta con (…) 41. Disponibilidad de (…) Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria: 43. Disponibilidad de: (…)	Cuando un prestador solicite autorización para prestar servicios de cirugía en la modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil, los servicios que se requieren por interdependencia deben estar en permanente disposición y fácil localización para brindar una atención oportuna sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

5. GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA

5.1 Servicio de Urgencias

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Descripción del Servicio: Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la prestación inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. El servicio debe ser prestado las 24 horas del día.	En el servicio de urgencias se atienden todas las patologías que requieran una atención de urgencia, no existen servicios de urgencias específicos por patología, por lo tanto los prestadores de servicios de salud deben dar cumplimiento a todos los estándares y criterios del servicio de acuerdo con la complejidad que oferten.

18 y 20	Estándar de infraestructura Complejidad baja Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor 18. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: (…) 18.10. Ambiente para inmovilización, cuando se requiera (…) 18.12. Ambiente para realización de pruebas POCT cuando se requiera 18.13. Ambiente de aislamiento. (…) Complejidades mediana y alta (…) 20. Cumple con los criterios definidos para el servicio de urgencias de baja complejidad	El Ambiente para inmovilización, definido en el numeral 18.10 es la misma sala de yesos. El ambiente de aislamiento en la baja complejidad no requiere diferencial de presión ni antecámara. Estos se requieren en mediana y alta complejidad.

5.2 Servicio de Transporte Asistencial

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Estructura del Servicio: (…) Modalidad de prestación: Extramural (…)	El servicio de transporte asistencial se presta en modalidad extramural sin pertenecer a ninguna subdivisión de la misma modalidad.
16	Estándar de Infraestructura Complejidad baja Modalidades extramural y telemedicina- prestador remisor Para ambulancia terrestre (…) Sistema sonoro y de comunicaciones 16. Cuenta con: (…) 16.3 Sistema de georreferenciación y comunicación que permita el monitoreo y contacto con la entidad territorial en salud a través del CRUE.	El sistema de georreferenciación debe estar acorde con los lineamientos de cada Secretaria de Salud Departamental o Distrital para ubicar las ambulancias.
33	33. Para traslado neonatal, cumple para transporte terrestre, marino y fluvial en mediana complejidad, cuenta con: (…) 33.1 Incubadora pediátrica portátil. (…)	La incubadora portátil debe estar dentro de la ambulancia (“cuenta con”) cuando se realice un traslado neonatal. La cuantificación de las incubadoras debe ser documentada por el prestador acorde con la oferta y la demanda del servcio..

5.3 Servicio de Atención Prehospitalaria

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Descripción del servicio: Es el servicio de salud responsable de las actividades, procedimientos, intervenciones terapéuticas prehospitalarias, encaminadas a prestar atención de urgencias a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y hasta su traslado hacia un prestador de servicios de salud que garantice su atención. Puede incluir acciones de apoyo al salvamento y rescate.	El servicio de atención prehospitalaria se presta en modalidad extramural sin pertenecer a ninguna subdivisión de la misma modalidad.. Para prestar el servicio de Atención Prehospitalaria, no se requiere habilitar otro servicio de salud.

Capítulo VI - Anexos

Anexo 1.
CAMBIOS TAXONÓMICOS

Resolución 2003 de 2014	Resolución 3100 de 2019
Grupos 1. Protección específica y detección temprana. 2. Consulta externa. 3. Urgencias. 4. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. 5. Internación. 6. Quirúrgicos. 7. Transporte asistencial. 8. Otros servicios. 9. Esterilización.	**Grupos** 1. Consulta externa. 2. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. 3. Internación. 4. Quirúrgicos. 5. Atención Inmediata.
Servicios de Salud <u>Grupo protección específica y detección temprana</u> Protección específica y detección temprana <u>Grupo consulta externa</u> 1. Consulta externa general 2. Consulta externa especialidades médicas 3. Consulta odontológica general y especializada 4. Medicinas alternativas	**Servicios de Salud** El grupo de protección específica y detección temprana se elimina porque losprogramas e intervenciones no son objeto de habilitación. <u>Grupo consulta externa</u> 5. El servicio de consulta externa generalincluye todas las consultas generales, médica, odontológica, enfermería, y demás profesiones de la salud competentes para habilitar este servicio. 6. El servicio de consulta externa especializada incluye todas las especialidades de la salud,(incluye medicina alternativa y terapias alternativas). 7. El servicio de vacunación incluye especificidades para el servicio. 8. El servicio de seguridad y salud en el trabajo es un servicio nuevo que pueden habilitar las IPS y las Entidades con Objeto Social Diferente.
<u>Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica</u> 1. Servicio farmacéutico baja complejidad. 2. Servicio farmacéutico mediana y alta complejidad. 3. Toma e interpretación de radiografías odontológicas. 4. Radiología e imágenes diagnósticas baja complejidad. 5. Radiología e imágenes diagnósticas mediana y alta complejidad. 6. Ultrasonido. 7. Medicina Nuclear. 8. Radioterapia. 9. Quimioterapia. 10. Diagnóstico Cardiovascular.	<u>Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica</u> 1. Servicio de terapias (Servicio nuevo). 2. Servicio farmacéutico. 3. Servicio de radiología odontológica. 4. Servicio de imágenes diagnósticas. 4.1 Métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante equipos generadores de radiaciones ionizantes. 4.2 Métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante equipos generadores de radiaciones no ionizantes. 5. Servicio de medicina nuclear. 6. Servicio de radioterapia. 7. Servicio de quimioterapia. 8. Servicio de diagnóstico vascular.

11. Electrodiagnóstico. 12. Transfusión Sanguínea. 13. Toma de muestras de laboratorio clínico. 14. Laboratorio clínico baja, mediana y alta complejidad. 15. Tamización de cáncer de cuello uterino. 16. Laboratorio de citologías cervico-uterinas. 17. Laboratorio de Histotecnología 18. Laboratorio de Patología. 19. Endoscopia Digestiva. 20. Diálisis peritoneal. 21. Hemodiálisis 22. Terapias alternativas 23. Neumología -laboratorio función pulmonar 24. Hemodinamia	9. Servicio de gestión pre-transfusional. 10. Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico. 11. Servicio de laboratorio clínico. 12. Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas. 13. Servicio de laboratorio de citologías cervico-uterinas. 14. Servicio de laboratorio de Histotecnología. 15. Servicio de patología. 16. Servicio de diálisis. 17. Servicio de hemodinamia e intervencionismo.
<u>Grupo de internación</u> 1. Hospitalización baja complejidad. 2. Hospitalización mediana y alta complejidad. 3. Hospitalización obstétrica baja, mediana y alta complejidad. 4. Atención institucional de paciente crónico. 5. Cuidado básico neonatal. 6. Cuidado intermedio neonatal. 7. Cuidado intensivo neonatal. 8. Cuidado intermedio pediátrico. 9. Cuidado intensivo pediátrico. 10. Cuidado intermedio adulto. 11. Cuidado intensivo adultos. 12. Unidad de quemados adultos y/o pediátricos. 13. Internación hospitalaria e internación parcial para la atención al consumidor de sustancias psicoactivas. 14. Hospitalización en unidad de salud mental. 15. Internación parcial en hospital. 16. Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas.	<u>Grupo de internación</u> 1. Servicio de hospitalización. 2. Servicio de hospitalización paciente crónico. 3. Servicio de cuidado básico neonatal. 4. Servicio de cuidado intermedio neonatal. 5. Servicio de cuidado intensivo neonatal. 6. Servicio de cuidado intermedio pediátrico. 7. Servicio de cuidado intensivo pediátrico. 8. Servicio de cuidado intermedio adulto. 9. Servicio de cuidado intensivo adultos. 10. Servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas. 11. Servicio de hospitalización parcial. 12. Servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas. Nota: Los antiguos servicios de Unidad de quemados adultos y/o pediátricos, quedaron inmersos en los servicios de cuidado intensivo adulto y pediátrico,En el REPS se registran en los códigos de los servicios de cuidado intensivo adulto y pediátrico como especificidades de los mismos. , i.
<u>Grupo quirúrgico</u> 1. Cirugía baja, mediana y alta complejidad. 2. Cirugía ambulatoria. 3. Trasplante de órganos. 4. Trasplante de tejidos. 5. Trasplante de progenitores hematopoyéticos.	<u>Grupo quirúrgico</u> 1. Servicio de cirugía (Incluye los criterios de cirugía ambulatoria y de trasplantes de órganos y tejidos). 2. Los antiguos servicios de trasplantes quedaron inmersos en los servicios decirugía, hospitalización y consulta externa de odontología según el tipo de trasplante. 3. En el REPS se registras como especificidades de los servicios de cirugía, hospitalización y consulta externa de odontología según el tipo de trasplante. .
<u>Grupo Urgencias</u> 1. Urgencias baja complejidad. 2. Urgencias mediana y alta complejidad. <u>Grupo trasporte asistencial</u>	<u>Grupo atención inmediata</u> 1. Servicio de urgencias. 2. Servicio de transporte asistencial. 3. Servicios de atención prehospitalaria. 4. Servicio para atención del parto.

1. Trasporte asistencias básico y medicalizado. <u>Grupo otros servicios</u> 1. Atención prehospitalaria.	
<u>Grupo otros servicios</u> 1. Atención domiciliaria paciente agudo. 2. Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador. 3. Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador. 4. Consulta domiciliaria. 5. Atención consumidor de sustancias psicoactivas. 6. Atención ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas.	1. El antiguo servicio de atención domiciliaria paciente agudo, quedó inmerso dentro de los criterios del servicio de hospitalización en modalidad domiciliaria. 2. Los antiguos servicios de atención domiciliaria paciente crónico con y sin ventilador, quedaropn inmersos dentro de los criterios del servicio de hospitalización del paciente crónico en modalidad domiciliaria. 3. La antigua consulta domiciliaria quedó inmersa dentro de los criterios del servicio de consulta externa general y especializada en la modalidad domiciliaria. 4. Los antiguos servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas quedaron inmersos en los servicios correspondientes.
<u>Proceso</u> 1. Esterilización.	El antiguo proceso de esterilización se elimina por no ser un servicio de salud. Mientras el Ministerio de Salud y Protección Social regula las centrales de esterilización, los prestadores que realicen o requieran el proceso de esterilización en alguno de sus servicios, deben cumplir los criterios definidos en los estándares aplicables a todos los servicios.
<u>Complejidades</u> 1. Baja 2. Media 3. Alta	<u>Complejidades</u> 1. Baja 2. Mediana 3. Alta 4. Sin Complejidad Para habilitar servicios sin complejidad, no se requiere visita previa.
<u>Modalidades</u> 1. Intramural 1.1 Ambulatoria. 1.2 Hospitalaria. 1.3. Brigadas o jornadas 2. Extramural 2.1 brigadas o jornadas 2.2 Unidad móvil 2.3 Atención domiciliaria 2.4 Otras extramural 3. Telemedicina 3.1 Prestador remisor 3.2 Centro de referencia	<u>Modalidades</u> 1. Intramural 2. Extramural 2.1 Jornada de salud 2.2 Unidad móvil 2.3 Domiciliaria 3. Telemedicina 3.1 Prestador remisor 3.2 Prestador de referencia Categorías: • Telemedicina Interactiva • Telemedicina no interactiva • Telexperticia • Telemonitoreo
<u>Los procesos :</u> • PAMEC	• Siendo el PAMEC uno de los componentes del SOGCS, diferente al Sistema Único de

• Gestión Integral de Residuos generados en la atención en salud	Habilitación- SUH, los criterios que requerían su verificación fueron eliminados del la norma de habilitación vigente. • La Gestión de residuos hospitalarios y similares por contar con reglamentación propia y vigilancia especifica por las Secretarias de Salud Departamentales y Distritales, no debe ser verificada en el marco de la habilitación se servicios de salud, por lo tanto su verificación se elimina, quedando como requisito el concepto sanitario emitido por la autoridad sanitaria comnpetente..

Anexo 2.

DOCUMENTOS PARA INSCRIPCIÓN, NOVEDADES Y VISITAS DE VERIFICACIÓN

Documento	*IPS	*PI	*OSD	*TEP
INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES: cambio de domicilio y apertura de sede				
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS. • Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas y animales, o atenten contra el medio ambiente. Adicionalmente el prestador deberá presentar un plan de ajustes de las instalaciones eléctricas, para el cumplimiento del Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas-(RETIE). Nota: No obstante lo anterior, cualquier evento adverso presentado por deficiencias eléctricas será responsabilidad del prestador. • Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como prestadores de servicios de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC. OBSERVACIONES: Entidad Competente: Organismo de inspección acreditado por ONAC / Certificadores de RETIE o Ingenieros Eléctricos o electromecánicos debidamente matriculados. En la verificación: La certificación debe corresponder a instalaciones para edificaciones de asistencia médica, adicionalmente, el prestador podrá certificar únicamente lo correspondiente al área o ambiente donde se presta el servicio (instalaciones eléctricas específicas de las áreas y ambientes del prestador) que corresponde a la instalación donde realiza la prestación del servicio. El certificado de conformidad de instalaciones eléctricas solicitado a los prestadores de servicios de salud que oferten servicios exclusivamente en la modalidad extramural y telemedicina les aplica la certificación correspondiente al área o ambiente de la sede del prestador (instalaciones eléctricas específicas de las áreas y ambientes del prestador) y adicionalmente, en la modalidad extramural en el caso de ofertar servicio quirúrgico, le corresponde certificar la conformidad de las instalaciones eléctricas donde realiza la prestación del servicio. La información del certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas, puede ser entregada en medio magnético. Acción en caso de incumplimiento: Se notificará al operador del suministro eléctrico correspondiente y a la Superintendencia de Industria y Comercio sobre el incumplimiento, para que dentro de sus competencias instauren las sanciones o correctivos que por ley están establecidos.	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica a la Sede
COPIA IMPRESA DE LA LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN: **Es exigible a edificaciones donde funcione el prestador, construidas, ampliadas o remodeladas con posterioridad al 2 de diciembre de 1996. En la cual se establezca que se permiten actividades de salud.**	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica

Documento	*IPS	*PI	*OSD	*TEP
Para prestadores ubicados en edificaciones de uso mixto construidas, ampliadas o remodeladas con posterioridad al 2 de diciembre de 1996, se solicitará el permiso otorgado por la propiedad horizontal para la adecuación en la edificación de servicios de salud, y la licencia de construcción de la edificación. Entidad Competente: Alcaldía respectivas en sus oficinas de Planeación, de Infraestructura o quien haga sus veces. En la verificación: El uso del suelo no es un documento exigible para el proceso de habilitación, se debe validar que la respectiva licencia de construcción o permiso, permita actividades de salud.				
COPIA DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA PLANTA FÍSICA INCLUIDO EQUIPAMIENTO FIJO Solo aplica para novedades de apertura de sede y cambio de domicilio. Entidad Competente: Es un documento propio elaborado por el prestador de servicios de salud. En la verificación: Se verifica el plan de mantenimiento que tiene definido el prestador validando que se encuentre acorde con su infraestructura y teniendo en cuenta los equipos fijos tales como ascensores, motobombas, sistemas de ventilación, calderas, entre otros.	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica
CERTIFICADO DE SEGURIDAD DE LA EDIFICACIÓN Entidad Competente: Bomberos En la verificación: Es un documento que debe ser expedido para la edificación.	Aplica	No aplica	No aplica	No aplica
ESTUDIO DE VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL • Sólo será exigible a prestadores con servicios de urgencias, servicios de cirugía, o de unidad de cuidado intensivo neonatal, pediátrico, adulto, de acuerdo con lo establecido en la NSR 10 que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad al 2010 Entidad Competente: Es un estudio que el prestador contrata dentro del marco de lo establecido en la NSR10. En la verificación: Se verifica evidencia del documento que permita identificar que el estudio fue elaborado o ejecutado (actas de recibo de los estudios, contratos, entre otros), es decir no implica la entrega del estudio como tal. Es importante anotar que la responsabilidad de la calidad de los estudios técnicos es del prestador. Acción en caso de incumplimiento: Para el caso del prestador objeto social diferente, no se radicará si la oferta de servicios incluye cirugía ambulatoria en dicha sede.	Aplica	No aplica	Aplica si oferta servicios de cirugía ambulatoria	No aplica
PLAN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES Entidad Competente: Es un estudio que el prestador realiza. En la verificación: El documento debe estar acorde con los servicios ofertados y con la infraestructura del prestador.	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica

VISITAS DE PREVIA, DE CERTIFICACIÓN Y DE REACTIVACIÓN				
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS. • Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas y animales, o atenten contra el medio ambiente. Adicionalmente el prestador deberá presentar un plan de ajustes de las instalaciones eléctricas, para el cumplimiento del Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas-(RETIE). Nota: No obstante lo anterior, cualquier evento adverso presentado por deficiencias eléctricas será responsabilidad del prestador. • Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como prestadores de servicios de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC. OBSERVACIONES: Entidad Competente: Organismo de inspección acreditado por ONAC / Certificadores de RETIE o Ingenieros Eléctricos o electromecánicos debidamente matriculados. En la verificación: Tenga en cuenta durante la verificación que la certificación debe corresponder a instalaciones para edificaciones de asistencia médica, adicionalmente, el prestador podrá certificar únicamente lo correspondiente al área o ambiente donde se presta el servicio (instalaciones eléctricas específicas de las áreas y ambientes del prestador) que corresponde a la instalación donde realiza la prestación del servicio. Se enfatiza que este requisito se exige en las siguientes visitas: Previa, Certificación y reactivación. El certificado de conformidad de instalaciones eléctricas solicitado en las visitas previas, de certificación y de reactivación a los prestadores de servicios de salud que oferten servicios exclusivamente en la modalidad extramural y telemedicina les aplica la certificación correspondiente al área o ambiente de la sede del prestador (instalaciones eléctricas específicas de las áreas y ambientes del prestador) y adicionalmente, en la modalidad extramural en el caso de ofertar servicio quirúrgico, le corresponde certificar la conformidad de las instalaciones eléctricas donde realiza la prestación del servicio. La información del certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas, puede ser entregada en medio magnético. Acción en caso de incumplimiento: Se notificará al operador del suministro eléctrico correspondiente y a la Superintendencia de Industria y Comercio sobre el incumplimiento, para que dentro de sus competencias instauren las sanciones o correctivos que por ley están establecidos.	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica a la sede
ESTUDIO DE VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL • Sólo será exigible a prestadores con servicios de urgencias, cirugía, o cuidado intensivo neonatal o pediátrico o adulto, de acuerdo con lo establecido en la NSR 10 que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad al 2010. Entidad Competente: Es un estudio que el prestador contrata dentro del marco de lo establecido en la NSR10. En la verificación: Solo se exige en Visita Previa.	Aplica	No aplica	Aplica si oferta servicios de cirugía	No aplica

Se verifica evidencia del documento que permita identificar que el estudio fue elaborado o ejecutado (actas de recibo de los estudios, contratos, entre otros), es decir no implica la entrega del estudio como tal. Es importante anotar que la responsabilidad de la calidad de los estudios técnicos es del prestador. Acción en caso de incumplimiento Para el caso del prestador objeto social diferente, cuando oferte cirugía ambulatoria no se habilitará el servicio.				
PLAN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES Entidad Competente: Es un estudio que el prestador realiza. En la verificación: El documento debe estar acorde con los servicios ofertados y con la infraestructura del prestador. Se exige en para las visitas: previa, certificación y reactivación Cuando incumpla en una visita previa la secretaria de salud analiza las causas del incumplimiento y si considera pertinente permite al prestador subsanar y en 8 días hábiles entregar el documento del plan de emergencias y desastres, en caso de incumplir es impedimento para la habilitación de los servicios.	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica
PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA PLANTA FÍSICA QUE DEBERÁ INCLUIR EL EQUIPAMIENTO FIJO. Solo aplica para novedades de apertura de sede y cambio de domicilio. Entidad Competente: Es un documento propio elaborado por el prestador de servicios de salud. En la verificación: Aplica para visitas previas, de reactivación y certificación Se verifica el plan de mantenimiento que tiene definido el prestador validando que se encuentre acorde con su infraestructura y teniendo en cuenta los equipos fijos tales como ascensores, motobombas, sistemas de ventilación, calderas, entre otros. Acción en caso de incumplimiento: Cuando incumpla en una visita previa la secretaria de salud analiza las causas del incumplimiento y si considera pertinente permite al prestador subsanar y en 8 días hábiles entregar el documento del plan de mantenimiento, en caso de incumplir es impedimento para la habilitación de los servicios.	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica

GC-F-004v.08

SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS)



SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS)

SANDRA MILENA ENRIQUEZ TRÓCHEZ
INSTRUCTORA RED SALUD
CENTRO DE COMERIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA
2023

Introducción

Antecedentes Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia



Introducción SOGCS

De acuerdo con la Constitución Política de Colombia de 1991, la salud es un servicio público que el Estado debe garantizar a toda la población, dado que está bajo su dirección, coordinación y control Además, debe estar inmerso en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad Por lo tanto, el Estado debe generar las políticas para la adecuada prestación de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La salud es de todos

Minsalud

Introducción SOGCS

Con la Ley 100 de 1993 se estableció un sistema que debía cumplir con ciertos principios, dando como resultado un cambio estructural en el sistema de salud de nuestro país Estos principios debían adaptarse dentro de un mercado de aseguramiento que generaría competencia entre las empresas aseguradoras, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios Del mismo modo, se buscaba crear una competencia entre las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y contemplar el principio de solidaridad en el financiamiento, con el objetivo de facilitar las condiciones de acceso a toda la población al sistema de salud, es decir, aumentar la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios, en especial para los marginados (Santa María, García, Rozo y Uribe, 2011).

Introducción SOGCS



El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGCS, cuenta con una política pública contemplada en el Decreto 1011 de 2006. Dicha política establece los lineamientos y procesos de calidad que deben cumplir los agentes que intervienen en la atención en salud y determina cómo a través de la articulación de ellos se integran el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, el sistema único de acreditación y el sistema de información que permiten desde un enfoque básico de riesgo y en la ruta de la mejora continua, poder lograr el máximo nivel de calidad el cual reside en la acreditación en salud.

Introducción SOGCS

Los sistemas de gestión de calidad avanzan en consonancia con el logro del cumplimiento de las necesidades de las diferentes partes interesadas. Es importante reconocer sus logros, entre ellos el establecimiento de una calidad mucho más técnica, basada en procesos, sistemas estructurales y documentales, los cuales han mostrado ser de gran utilidad; desde que su práctica se introdujo en los modelos productivos industriales y de los servicios, a mediados de los años 80.

La calidad de la atención en salud ha evolucionado de forma permanente en la medida que el sistema avanza a través del tiempo y por tal motivo, su estructura debe adaptarse a los cambios sistémicos y del entorno, siendo flexible a las nuevas tecnologías, ingreso de nuevos actores, modelos de negocio, modelos de servicio, necesidades de los pacientes y solidez institucional entre otros.

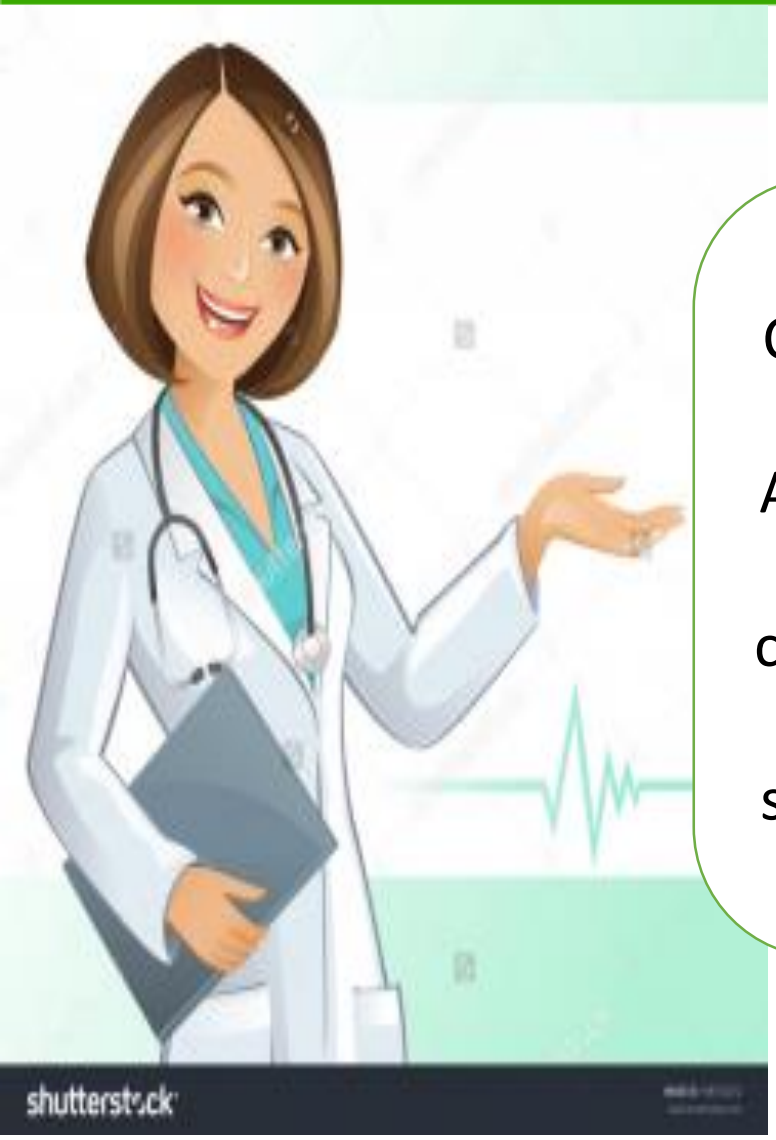


Antecedentes SOGCS

El SOGC es producto de un trabajo mancomunado del Ministerio de Salud (actual Ministerio de Salud y Protección Social) y el consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria y Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud QUALIMED (Kerguelén, 2008).

Los objetivos del proyecto ha sido desarrollar y fortalecer el sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestadores, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector (Kerguelén, 2008).

Antecedentes SOGCS



Los antecedentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se encuentran en la Ley 100 de 1993, la cual establece la calidad como uno de los principios rectores del SGSSS, y el Artículo 153 señala que: «el Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago», a su vez, ordena la creación de un sistema que garantice la calidad en la atención en salud (Artículo 227, Ley 100 de 1993).

Antecedentes SOGCS

Como primer esfuerzo normativo se publica en 1996 el Decreto 2174 (derogado por el Decreto 2309 de 2009), posteriormente se establece el Decreto 1011 de 2006, el cual incorpora requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud mediante el cumplimiento de estándares de obligatorios para quienes deseen ofertar servicios de salud.

En 2016 el Decreto 1011 de 2006 fue derogado por el Decreto 780 de 2016. El sistema de garantía de calidad fundamenta su diseño en un modelo de incentivos



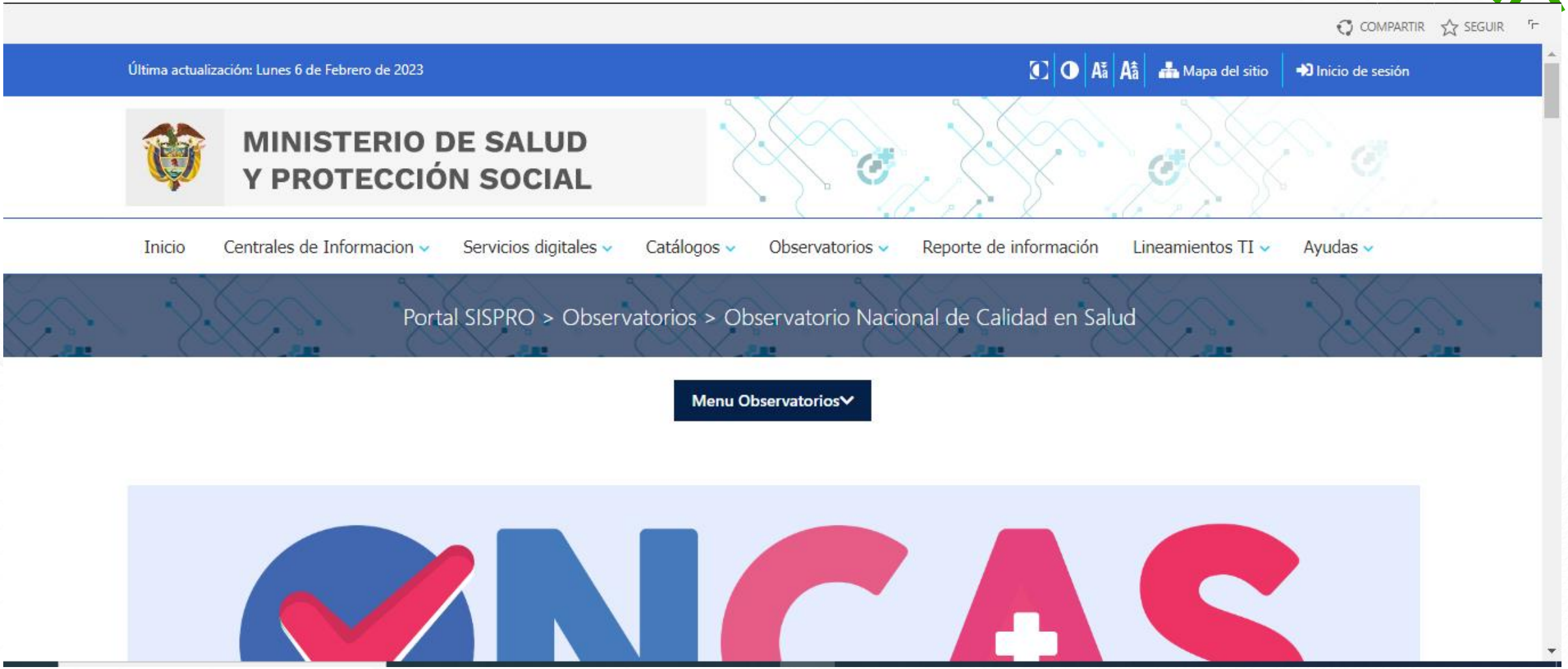
Antecedentes SOGCS

Su implementación en un esquema de competencia regulada, en la cual se desarrollaron diversos instrumentos que cumplen un papel determinado, así:

1. Requisitos esenciales (habilitación), un instrumento para la defensa del usuario.
2. La acreditación, tanto de EPS como de IPS, promueve el mejoramiento de instituciones.
3. La auditoría para el mejoramiento de la calidad, apoya y facilita la labor de vigilancia y control realizada por el Estado y
4. El sistema de información a usuarios, motor de la libre elección (Kerguelén, 2008).



https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html



https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/default.aspx

Actividad 1

Los aprendices realizaran un recorrido por la página del Ministerio de Salud y consultaran las siguientes preguntas del **El Observatorio Nacional de Calidad en Salud:**

1. ¿Quien es?
2. Funciones y finalidad

Realizar un foro con la consulta realizada.





Contextualización

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia



https://youtu.be/8khUnqmN-Vc

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS



Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

- El SOGCS es un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Artículo 2.5.1.1.3, número. 8, Decreto 780 de 2016).

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS

Partiendo del análisis de los términos esenciales

SISTEMA

Conjunto de **COMPONENTES** que interactúan entre ellos de manera coordinada y buscan un conjunto de objetivos.

GARANTÍA

Conjunto de **ACCIONES** sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impiden el mayor beneficios que incrementan los riesgos a los pacientes.

CALIDAD

Conjunto de **PROPIEDADES** inherentes a una cosa que permiten caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

Fuente: Kerguelén (2008).

G R A C I A S

Línea de atención al ciudadano: 01 8000 910270
Línea de atención al empresario: 01 8000 910682

@SENAComunica

www.sena.edu.co

PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
TALLER DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DEL TALLER DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnólogo Gestión Administrativa del Sector Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121104
- **Nombre del Proyecto:** Propuesta de Mejoramiento de los Procesos Administrativos de Atención al Usuario en un Prestador de Servicio de Salud de la ciudad de Popayán
- **Fase del Proyecto:** Análisis
- **Actividad de Proyecto:** Reconocer el marco normativo y referentes teóricos relacionados con los procesos administrativos en entidades de Salud
- **Competencia:** 230101266 - Orientar personas según normativa de salud
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
    - 576822 - 1. Reconocer el marco normativo en la prestación de los servicios de salud según lineamientos vigentes.
- **Instructora:** Sandra Milena Enríquez Tróchez

2. TALLER A DESARROLLAR POR EL APRENDIZ

TALLER ASEGURAMIENTO LEY 1122 DEL 2007

Apreciado Aprendiz,

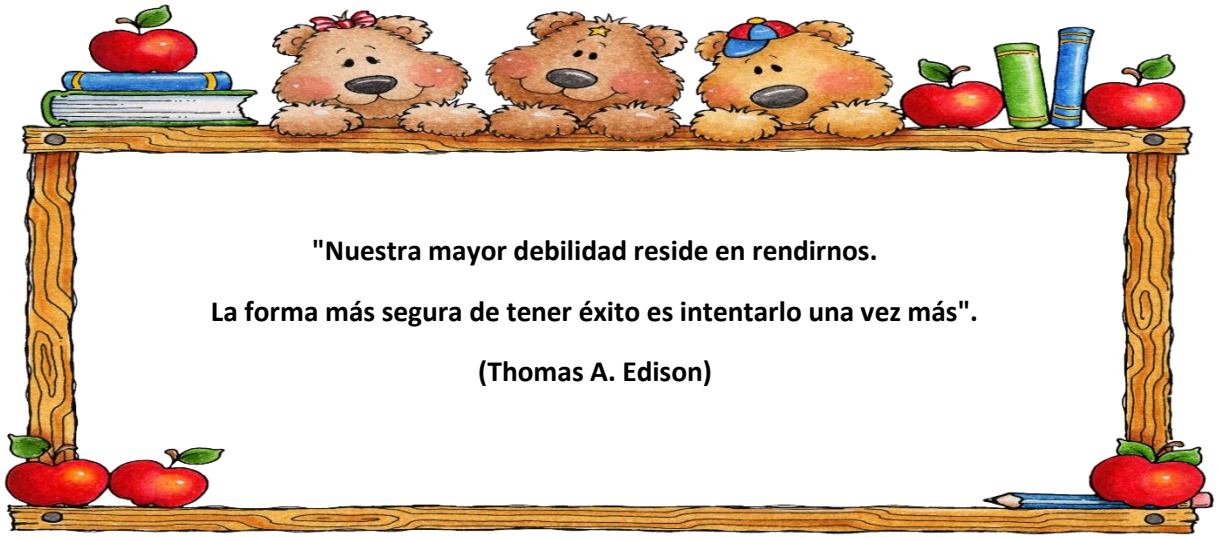
Para Responder la siguiente actividad tener en cuenta las siguientes recomendaciones

- Responder la siguiente actividad de acuerdo a la Ley 1122 del 2007
- Leer detenidamente cada pregunta y los enunciados de cada pregunta antes de responder.



1. Realizar un Mapa Mental de la Ley 1122 del 2007.
2. ¿Cuál es el objetivo de la Ley 1122 del 2007?
3. ¿Cómo se financia el régimen subsidiado?
4. ¿Quiénes serán beneficiarios de subsidios plenos o totales en el régimen subsidiado?
5. Defina según la norma que es aseguramiento la salud
6. ¿Cuáles son las reglas adicionales que se establecen en el proceso de aseguramiento?
7. ¿Cómo se realiza la contratación en el Régimen Subsidiado?
8. ¿Qué deben hacer las personas que están afiliadas en régimen subsidiado y consiguen empleo?
9. ¿Qué es la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda?

10. Defina la movilidad entre regímenes
11. ¿Cómo se regula la prestación de servicios de salud?
12. ¿Cómo se realiza la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas?
13. ¿Cómo se regula la prestación de servicios de salud en las ESE?
14. ¿Qué es la salud Publica?
15. ¿Qué es el Plan Nacional de Salud?
16. Defina los términos de inspección, vigilancia y control
17. Defina los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control
18. Como se establece la conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud
19. ¿Cuáles son los objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud?
20. ¿Cuáles son las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud?
21. ¿Cuál es la función del Defensor del usuario?



"Nuestra mayor debilidad reside en rendirnos.

La forma más segura de tener éxito es intentarlo una vez más".

(Thomas A. Edison)