Acta de compromiso N.	**001**
CONTRATO NUMERO:	**5860 de agosto de 2024**
CONTRATISTA:	**RODOLFO GRAU DE AVILA**
VALOR	**$26.000.000.00**

Entre los suscritos a saber; **MARIA PAULINA OSORIO CORTINA**, Directora Operativa De Vigilancia y Control – DADIS**,** en calidadde supervisor del contrato de prestación de servicios de la referencia, quien se denominará **SUPERVISOR** y por la otra parte Rodolfo Grau de Avila, mayor de edad identificado con la cedula de ciudadanía N°73.583.455 expedida en Cartagena, quien se denomina el **CONTRATISTA**,hemos acordado suscribir el presente **ACTA DE COMPROMISO**, respecto del contrato de Prestación de Servicios N°**5860,** con fundamento en las siguientes **CONSIDERACIONES**: **PRIMERA:** Quepor motivo del cierre fiscal de año 2024, la Tesorería Distrital, con el fin de cumplir las metas de los pagos establecidos a los contratistas, organizó un cronograma de recepción de cuentas, a través del cual deberán radicarse las mismas en fechas previas a la establecidas inicialmente en el contrato, con el fin de que se garantice el pago de las mismas durante la vigencia del anuario. **SEGUNDA**: Que en virtud de los resuelto porla tesorería distrital, deberá procederse a la firma de las certificaciones de supervisión de manera anticipada respecto de lo establecido en la forma de pago del contrato en mención. **TERCERA:** Que de firmarse el certificado de supervisión de manera anticipada, se hace necesario pactar la continuidad en la prestación del servicio, toda vez que la expedición del mismo no implica el cumplimiento total del objeto contractual, ni la anticipación del plazo convenido. Como consecuencia de los anterior, las partes en ejercicio de la teoría de la autonomía de la voluntad y en atención a las condiciones de prestación del servicio, acuerdan los siguientes compromisos, así: **CLAUSULA UNICA** El contratista se compromete a cumplir a cabalidad con el objeto contractual hasta el vencimiento del plazo pactado en el contrato en mención, el cual se constatará con la presentación del informe final de ejecución de contrato, que deberá ser presentado en un término no menor a tres (3) días hábiles previos al vencimiento del mismo, so pena de que el supervisor comunique a la TesoreríaDistrital el presunto incumplimiento del contrato, lo cual generaría la suspensión de la orden de pago, y posibleaplazamiento hasta la vigencia del año siguiente.

Este Acta se perfecciona con la firma de las partes. Para constancia se firma en la Ciudad de Cartagena de Indias D. T. y C., a los seis (6) días del mes de diciembre de 2024.

Supervisor

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA
Directora Operativa De Vigilancia y Control –DADIS

Contratista

RODOLFO GRAU DE AVILA
CC 73.583.455 de Cartagena

Fecha de Elaboración: 09 de Diciembre de 2024

Informe parcial [ ] Informe Final: [X]

Dependencia donde presta el servicio: Dirección Operativa de Vigilancia y Control del DADIS

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
No. del contrato	5860
Fecha del contrato	27 de Agosto de 2024
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO ESPECIALIZADO, CON OCHO O MÁS AÑOS DE EXPERIENCIA RELACIONADA AL CARGO Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS, PARA FORTALECER EL PROCESO DE LA DIRECCIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD, EN EL MARCO DEL PROYECTO CONTROL VIGILANCIA INSPECCIÓN Y PROMOCIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS
Nombre del contratista	RODOLFO GRAU DE AVILA
Valor del contrato	26.000.000
No. Disponibilidad Presupuestal y fecha de expedición	328 de 06/08/2024
No. Registro Presupuestal y fecha de expedición	730 del 27/08/2024
Nombre y Cargo del Supervisor	Maria Paulina Osorio Cortina- DIRECTORA OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL DADIS

Fecha de Inicio	27 de Agosto de 2024
Fecha de terminación	26 de Diciembre de 2024
No. de Póliza	NA
Dependencia donde presta el Servicio:	Dirección Operativa de Vigilancia y Control del DADIS

2. EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS**
1.Iniciar, adelantar y concluir los procesos administrativos sancionatorios ante incumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el Distrito de Cartagena –SOGCAS- por parte de los prestadores de los servicios de salud del Distrito de Cartagena, evidenciados en las visitas de verificación, visitas de inspección, vigilancia y control y quejas presentadas en esta Direccion Operativa en tiempos y términos establecidos por la Ley.	1. Se proyectará auto que cierra etapa probatoria y corre traslado para alegatos dentro del Rad: Dovc -1451-2023. en el proceso adelantado contra Clinica de fracturas. 2. Se proyectará comunicación electronica de auto que decreta practica de pruebas solicitadas Rad. DOVC -1451-2023. Dentro del proceso adelantado contra Clinica de fracturas. 3. Se proyecto notificación por aviso, del auto que corre traslado para alegatos dentro del proceso identificado con el Rad.DOVC-1451-2023. 4. Se proyectará auto de apertura del proceso de los informes de visita de verificación recibido de las IPS 5. Se proyectará notificacion electrónica, del auto de apertura del proceso, de dichas ips

	6. Se proyectará auto que cierra etapa probatoria y corre traslado para alegatos dentro del proceso iniciado contra hospital infantil napoleón franco pareja Rad. No DOVC 1470 de 2024, caso Zack Daniel 7. Se proyectará notificación electrónica, del auto antes mencionado rad No DOVC 1470 de 2024. 8. Se proyectará resolución que resuelve las investigaciones antes mencionadas dentro de los procesos administrativo-sancionatorios que ya se encuentran para tomar dicha decisión 9. Se proyectará auto que corre traslado para alegatos iniciado contra la Clinica quirúrgica de manga, Rad. No DOVC-1472 de 2024. 10. Se proyectó auto de apertura de Clinica La Ermita Sede Pie de la Popa del auto de apertura iniciado contra, Rad. No DOVC-1472 de 2024.
2. Responder derechos de petición, tutelas y demás requerimientos presentados por los usuarios. Entes de control, Juzgados y demás entes gubernamentales.	Se contestaron los siguientes derechos de petición y /o requerimientos llegados a la oficina de vigilancia y control: 1. Se proyectará respuestas a las entidades territoriales que lo requieran 2. Se proyectará respuesta de las peticiones recibidas 3. Se proyectara respuesta que lleguen de la oficina jurídica de la Alcaldía sobre proceso sancionatorio.

3. Apoyar las respuestas de reclamos y solicitudes escritas y/o verbales que ameriten un contenido jurídico de competencia de esta Dirección.	Se realizo Asesoría verbal y escrita a la Dirección Operativa de Vigilancia y Control sobre todos los requerimientos.
4. Brindar asesoría jurídica a los funcionarios y/o Contratistas que realicen visitas de verificación a prestadores de salud que presten servicios en el Distrito de Cartagena.	Se asesorara a la Directora Operativa en la revisión de solicitudes de habilitación a la funcionaria encargada de esta obligación.
5. Asesorar a la Dirección Operativa de Vigilancia y Control en los asuntos de su competencia conforme a la normatividad vigente.	Se asesorara a la Directora Operativa de Vigilancia y Control sobre todos los asuntos que ha consultado sobre el giro ordinario de las actividades de esta Dirección Operativa.
6. Instruir al personal de la Dirección Operativa de Vigilancia y Control en todo lo concerniente a los procesos relacionados con el incumplimiento de las normas del SOGCSS.	Cada acto de impulso, de trámite y definición, tanto de los procesos sancionatorios antes referenciados, (identificados anteriormente con su No de Rad respectivos), como de los derechos de petición relacionados en este informe fueron diligenciados.
7. Diligenciar y mantener actualizado el libro radicador de procesos cada vez se inicie un auto de apertura.	Realizado.
8. Mantener al día el libro de derechos de petición.	Realizado, se tiene al dia.
9. Suministrar y enviar la información requerida en los términos solicitados a la Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de la Protección Social y demás entes de control.	Se contestaron varios requerimientos a la Procuraduría General, a Superintendencia Nacional de Salud, Defensoría del Pueblo y Personería Distrital.

10. Realizar las actividades conforme al cronograma de actividades mes a mes y demás actividades programadas por parte del Director Operativo.	Cumplida.

1. DOCUMENTOS Y/O REGISTROS ANEXOS	
DESCRIPCIÓN	**SOPORTE**
Certificado de interventoría	1
Acta de interventoría	1
Informe de Supervisión Institucional	1
Soporte de pago de seguridad social	Planilla No. 9478611452

1. PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA: 3		
CONCEPTO	**FECHA**	**VALOR**
Honorarios	03 de Octubre	$6.500.000.
Honorarios	03 de noviembre	$6.500.000
honorarios	29 de noviembre	$6.500.0000



Firma del Supervisor



Firma del Contratista

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73583455		GRAU DE AVILA RODOLFO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	brr el socorro maz 131 lot 10	CARTAGENA-BOLIVAR	6512165	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106311366	9478611452	I	2024/12/12	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$754,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,600		$0	$0
1	CC 73583455	GRAU RODOLFO	230301	30	$2,600,000	$416,000	EPS002	30	$2,600,000	$325,000		0	$0	$0	14-25	30	$2,600,000	$13,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73583455		GRAU DE AVILA RODOLFO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	brr el socorro maz 131 lot 10	CARTAGENA-BOLIVAR	6512165	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106311366	9478611452	I	2024/12/12	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$754,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,000	$0	$0	$416,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$416,000	$0	$0	$416,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,000	$0	$0	$325,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$325,000	$0	$0	$325,000
TOTAL				**1**	**$754,600**	**$0**	**$0**	**$754,600**

Alcaldía Mayor de
Cartagena de Indias

AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACION CONTRA LA CLINICA LA ERMITA DE CARTAGENA PIE DE LA POPA SEDE No 1

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD-DADIS-

DIRECCION OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL

Rad. No DOVC 1471 de 2024

Investigado: "Clinica la Ermita de Cartagena SAS ”

Fecha de visita de Verificación: Año 2023

Informe Final de Visita de Verificación realizado a la **CLINICA LA ERMITA DE CARTAGENA PIE DE LA POPA SEDE No 1 y SEDE No 2**

Asunto: Auto que ordena Apertura de Investigación Administrativa Sancionatoria y Formulación de Cargos (Por Informe Final de Verificación)

Cartagena de Indias D.T. y C., a los 22 días del mes de Noviembre de Dos Mil Veinticuatro (2024).

ANTECEDENTES

Visto el contenido del informe final de visita de verificación en cita, llevada a cabo a la IPS **CLINICA LA ERMITA DE CARTGAENA PIE DE LA POPA SEDE No 1 y SEDE No 2**, representada legalmente por el señor Sidys Esperanza Donado Santiago o quien haga sus veces, identificado con NIT No 900491883-7 y código de prestador 1300102661, con dirección Cra 20ª No 29B-112, por parte del equipo verificador de la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del DADIS (ANA MARIA RIVERO ARROYO, LALYS VILLALOBOS COVILLA, ALVARO MUÑOZ,ALVARO ACUÑA, EUBALDO ESPITIA ESPITIA, CESAR MEZA ROJAS, DANIELA CAMPOS SUAREZ, SANDRA AYOLA BURGOS, ERICA MARTINEZ, JHON ESCOBAR FLOREZ Y ROBERTO DIAZ TABORDA) consistente en presunta falla en el cumplimiento de las condiciones de entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, evidenciando que, en cuanto al aspecto de CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, el equipo verificador encontró los siguientes Hallazgos Generales, referentes al estándar de TALENTO HUMANO:

"6. Sede No 1

6.1.TALENTO HUMANO

Estándar: Se verifica que usuarios cumpla con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio salud

TH

4.3. Estudio de la capacidad instalada en el cual se determine el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programa de formacion y por jornada, para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de practica 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. **NC.**

6.2. INFRAESTRUCTURA

Estándar: Se verifica que Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, sean las adecuadas al tipo de servicios ofrecidos

Hallazgos Generales:

INF

19. Las áreas de circulación están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano usuarios y equipos biomédicos. **NC:** La ubicación de la camilla en el piso de hospitalización no permite la fácil abertura de la puerta de la unidad sanitaria, para la movilización de paciente o talento humano. Ubicación de carro de paro en pasillo de habitaciones de Hospitalización, que obstaculiza la circulación en caso de emergencia. UCI intermedia el carro de paro intercede la circulación del cubilo 1, para la movilización del personal y equipos en caso de emergencia

UCI intensivo el carro de distribución de alimentación impide la circulación de camillas equipos y personal asistencial en caso de emergencia.

INF

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**. NC:** En el servicio de hemodinamia el ambiente de recuperación se dificulta la circulación en caso de emergencia debido a que área por cubículo no cuenta con suficiente espacio Servicio de hemodinamia, el área no es suficiente el espacio para la cantidad de equipos

INF

32. Puesto de enfermería Área con dimensión variable que, de acuerdo con las necesidades de cada servicio, cumplen con las siguientes características: 32.2

Permite monitorización permanente de los pacientes o sistemas alternativos para su visualización.

NC: En el servicio de hemodinamia se evidencio que el puesto de enfermeria no permitia la monitorización permanente de los pacientes

INF

33 Ambiente o área de trabajo limpio, que cuenta con:

33.1: Mesón de trabajo.

33.2: Área para el almacenamiento y aislamiento de medicamentos. **NC:** En el servicio de hemodinamia No se evidencio ambiente de trabajo limpio, como tampoco mesón de trabajo, no se evidencio que no cuenta con el área de almacenamiento de dispositivos médicos.

6.3 DOTACIÓN

Estándar: Se verifica que la IPS cuente con lo equipos indispensables que se encuentren en óptimas condiciones y que se les realice el mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos.

Hallazgos Generales:

DOT

5. La suficiencia de equipos biomédicos esta relacionada con la frecuencia de uso de los mismo, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique. **NC.**

DOT

8. Los servicios de salud que requieren carro de paro, cuenta con la siguiente dotación:

8.3: Aspirador o sistema de vacío. **NC:** Carro de paro de unidad de cuidados intensivos con cuenta con aspirador.

6.4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados y que aplique, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y que las condiciones de almacenamiento, distribución y entrega no favorezcan riesgos en la prestacion de los servicios

Hallazgos Generales:

MD

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. **NC.**

MD

1.5. Fecha de vencimiento. **NC:** Se evidencia medicamento de paciente en UCI, recortado, sin vencimiento que manifiestan no haber sido entregado por la institución pero no se evidencia conciliación medicamentosa y está documentada.

MD

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:

MD

2.7: Vida útil, cuando le aplique. **NC:** Documentan política de No Reuso, pero se evidencia guía de entubación reesterilizada vencida sin trazabilidad en las reulitizaciones y su vida útil.

MD

4. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de los procesos generales según aplique, para: **NC:** Los procesos generales no están documentados de acuerdo con la realidad de cada sede sino de manera genérica.

4.1. Selección. **NC:** No está definido el mecanismo de selección de acuerdo con la realidad de la sede.

4.2 Adquisición. **NC:** Documento desactualizado.

4.3: Transporte. **NC:** No está documentado el proceso de transporte de lo enviado a preparar a la Central de Mezclas y de lo que transportan dentro de las instalaciones de la IPS.

4.4. Recepción: **NC:** La forma descrita no corresponde a lo que manifiestan que se realiza en la sede.

4.5. Almacenamiento. **NC:** Se evidencia proceso de almacenamiento diferente a lo documentado.

4.6. Conservación. **NC:** Documento genérico y no de acuerdo con la sede.

4.7. Control de fechas de vencimiento. **NC:** Documento genérico y no de acuerdo con la sede.

4.8. Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío. **NC:** Documento genérico que no define los controles del proceso. No hay evidencia de calificación de neveras siendo que las neveras son de uso doméstico. Se evidencias condiciones ambientales en cadena de friío fuera de rango, poniendo en riesgo la estabilidad de los medicamentos allí almacenados.

4.9. Distribución. **NC:** Documento genérico que no describe la realidad de la sede

4.10 Dispensación. **NC:** Documento genérico que no describe la realidad de la sede

4. 11. Devolución. **NC:** No se evidencia trazabilidad de los rechazados.

4.12. Disposición final. **NC:** Documentos genéricos, no describen las acciones específicas de la sede.

MD

6 El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la planeacion ejecución de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que garanticen el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnostico in vitro, cuando aplique. **NC:** Se evidencian reportes de Farmacovigilancia y

tecnovigilancia, pero no se evidencian soportes de la planeación de los programas, incluyendo el programa de Reactivovigilancia y la socialización de los programas.

MD

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 diagnostico 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 evidencia su registro control y gestión. **NC:** Los diferentes sitios de reservas de medicamentos y dispositivos médicos, se evidencia registro de las condiciones ambientales, con valores en diferentes mediciones por fuera de rango, incluyendo las neveras que deben garantizar temperaturas entre 2 y 8 grados centígrados, se evidenció nevera con 11 grados almacenando medicamentos preparados en dosis unitaria; pero no se evidencia control y gestión. No hay gestión de las mediciones por fuera de rango. Las neveras son de uso doméstico y no se evidencia calificación de la temperatura al interior para garantizar el almacenamiento en las condiciones definidas por el fabricante.

MD

12. El prestador debe de mantener condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en carros de paro. **NC:** Se evidencia gula de entubación en carro paro que está reesterilizada (a pesar de tener politica de no reuso), vencida la fecha vencimiento y sin reportes de gestión de vida útil.

6.5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Se verifica que estén documentados los principales procesos asistenciales, guias clínicas internas definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Hallazgos Generales:

PP

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:

PP 27.1. Información documentada sobre la toma, procesamiento, control de calidad y entrega de resultados. **NC**

PP 27.2. Controles de calidad realizados por un servicio de laboratorio clinico que puede ser propio o contratado para tal fin. cuando aplique, de acuerdo a las

especificaciones del fabricante. **NC**

PP 27.3. Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas preventivas y correctivas. **NC**

6.6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clinica y que su manejo sea técnicamente adecuado. Que cuente con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de a prestación de servicios, acorde con establecido en la Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que modifiquen, adicionen o sustituyan.

Hallazgos Generales:

HCR

4. Las historias clinicas cuentan con los componentes y los contenidos minimos definidos en la normatividad que regula la materia. **NC:** Se encuentra historia clínica sin signos vitales, sexo diferente al del paciente.

HCR

6. Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la firma. **NC:** Hora de solicitud de interconsulta es diferente a la hora de atención y de registro de la nota.

HCR

7. El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultanea o inmediatamente después de la atencion en salud. **NC:** Hora de solicitud de interconsulta es diferente a la hora de atención y de registro de la nota.

6.7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estándar: Se verifica que los servicios ofrecidos por el prestador tengan el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, provedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

Hallazgos: Cumple con los criterios aplicables para los Estándares de Habilitación.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio de Hemodinamia e Intervencionismo

INF

6.3. Sistema de vacío. **NC:** No cuentan con sistema de vacío en el servicio.

INF

8.1. Ambiente o área para trabajo limpio. **NC:** Se evidencio que al momento de la visita no contaban con área de trabajo limpio.

INF

8.3. Ambiente o área para almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Área para estacionamiento de camillas y sillas de ruedas. **NC:** Se evidencio que en el momento de la visita no contaba con área de dispositivos médicos e insumos.

DOT

11. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y la dotación necesaria y específica para realizar los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios y adicionalmente cuenta con. **NC**

11.2. Bomba de infusión por camilla. **NC.**

11.2.3. Sistema de infusión rápida de líquidos. **NC.**

11.2.6. Carro de paro. **NC:** Solo uno en sala.

11.2.8. Succión, el cual puede ser suministrado mediante vacío o aspirador. **NC:** En sala.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio Farmacéutico

INFRAESTRUCURA

7. Cumple con los criterios definidos para el servicio farmacéutico de baja complejidad y adicionalmente cumple con lo definido en el manual que adopta la Resolución 1403 de 2007, en el Título I Capítulo II numeral 1.2.2 y Título I Capítulo III numeral 1, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. **NC:** Se evidencia que la mayoría de los medicamentos son preparados en la institución sin el cumplimiento de lo descrito en el Manual que adopta la resolución 1403 de 2007, en el Título I Capítulo II numeral 1.2.2.

DOTACION

9.1. La dotación y mobiliario exclusivos y necesarios para el cumplimiento de los objetivos de los procesos generales y especiales que brinda el servicio, de acuerdo con las recomendaciones dadas por los fabricantes. **NC:** No se evidencia dotación y mobiliario exclusivas y necesarios para el cumplimiento de los objetivos de los procesos especiales para la adecuación y ajuste de medicamentos.

MEDICAMENTOS

13. Cumple con los criterios definidos para el servicio farmacéutico de baja complejidad y adicionalmente cuenta con: **NC**

PROCESOS PRIORITARIOS

15.1. Procesos generales que realice, elaborado por el responsable del servicio. **NC.** Los procesos generales y especiales son documentados por otra dependencia de la institución y los tienen definidos de manera genérica, manifestando que son transversales a sus diferentes sedes, pero no se evidencia la descripción correspondiente a la realidad de la sede visitada,

PROCESOS PRIORITARIOS
15.4. Seguimiento a condiciones ambientales de temperatura y humedad. **NC:** Se evidencian registros de las condiciones ambientales de temperatura y humedad, pero no se evidencia seguimiento para la gestión y corrección a las mediciones por fuera de rango.

PROCESOS PRIORITARIOS
17. Cumple con los criterios definidos para el servicio farmacéutico en baja complejidad y adicionalmente, cuenta con información documentada de cada uno de los procesos especiales que se realicen en el servicio. **NC:** Se evidencian reportes de farmacovigilancia y tecnovigilancia, pero no se evidencian soportes de la planeación de los programas, incluyendo el programa de reactivovigilancia y la socialización de los programas.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
Servicio de laboratorio clínico
DOTACION
12. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC:** No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
Servicio de Gestión Pre-Transfusional
DOTACION
5. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC:** No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
Servicio de Imágenes diagnosticas – No ionizantes

TALENTO HUMANO
1.1. Médico especializado en radiología e imágenes diagnósticas aquellos médicos especialistas quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, asi como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento de las enfermedades inherentes a sus especialidades. Para lo cual debera acreditar el respectivo certificado. **NC**

INFRAESTRUCURA

4.1 Ambiente exclusivo para el equipo generador de radiación no ionizante. La dimensión de este ambiente debe ser acorde al tipo de equipo generador de radiación no ionizante, su ficha técnica y a los procedimientos que se realicen, debe permitir movilización del talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos. **NC**

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

15. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con registro de exámenes realizados. **NC**

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
Servicio de Imágenes diagnosticas – ionizantes

TALENTO HUMANO

4.1. Tecnólogo en radiologia e imagenes diagnósticas para la operación de equipos y adquisición de imágenes, con supervisión por el profesional de la medicina especialista en radiologia e imagenes diagnósticas. **NC**

TALENTO HUMANO

5.2. Médico especializado en radiologia 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, asi como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento de las enfermedades inherentes a sus especialidades, para lo cual deberán acreditar el respectivo certificado. La interpretación de las radiografias e imágenes diagnósticas y la supervisión del técnico profesional o tecnólogo en imágenes diagnósticas es realizada por dichos profesionales. **NC**

HISTORIA CLINICA Y REGISTRO ASISTENCIALES

33. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con los siguientes registros: **NC**

33.1. Número de exposiciones e imagenes tomadas que incluya el nombre del paciente y nombre del estudio realizado. **NC**

332. Dosis de radiacion expresadas en unidades según la tecnologia del equipo. **NC**

33.3. Numero de imagenes rechazadas por el tecnólogo el profesional de la medicina especialista en radiologia e imágenes diagnósticas que incluya sus causas. **NC**

33.4, Número de estudios repetidos y sus causas, cuando aplique. **NC**

33.5.Control de calidad vigente, de los equipos generadores de radiación ionizante. **NC:** Último control de calidad realizado en septiembre de 2021.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
Servicio Laboratorio de Patología

DOTACION

7. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: **NC:** No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

Grupo Internación
Servicio de Hospitalización Adultos

DOTACION

25. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC:** No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

MEDICAMENTOS

30. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC**

Grupo Internación
Servicio de Intermedio Adultos

TALENTO HUMANO

1.1. Profesional de la medicina especialista en medicina interna. **NC:** No se garantiza la presencia de especialista durante 24 horas.

INFRAESTRUCTURA

7. Cumple con todos los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: **NC:** Circulación.

DOTACION

11. Cuenta con carro de paro. **NC:** No cuenta con vacío o succión.

12.7. Cuenta con medicinal portátil. **NC**

MEDICAMENTOS

15. cumple con los criterios que le sean aplicables y adicionalmente cuenta con oxígeno medicinal. **NC**

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

19. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC**

Grupo Internación
Servicio de Intensivo Adultos

TALENTO HUMANO

2.1. Profesional de la medicina especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, con permanencia mínima de 6 horas por cada 24 horas. **NC:** No garantiza la presencia de 6 horas del intensivista en 24 horas soportado por horario de turno del mes de octubre y noviembre de 2023.

INFRAESTRUCTURA

10. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC:** Circulación.

MEDICAMENTOS

18. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC**

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

23. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC**

Grupo Quirúrgico

Servicio de Cirugía

DOTACION

17. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC:** No cuentan con suficiencia de equipos médicos por servicio.

19.7. Estimulador de nervio periférico. **NC.**

19.12. Sistema de calentamiento de líquidos y sangre. **NC:** Usan microondas.

MEDICAMENTOS

25.Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con convenio o contrato escrito vigente con un banco de sangre, certificado por la autoridad competente para el suministro de componentes sanguíneos y la realización de pruebas transfusionales. **NC**

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

36. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC**

NOMBRE DE LA SEDE: CLÍNICA LA ERMITA DE CARTAGENA – SEDE 2

CÓDIGO DE LA SEDE: 1300102661 – 03

TALENTO HUMANO

Estándar: Se verifica que el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios cumpla con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

TALENTO HUMANO

4.3. Estudio de la capacidad instalada en el cual se determine el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programa de 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 clinicos" publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social. **NC**

INFRAESTRUCTURA

Estándar: Se verifica que Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura fisica de las áreas asistenciales, sean las adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

Hallazgos Generales:

INF

19. Las areas de circulacion están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos. **NC**: En el ambiente de sala e procedimientos del servicio de urgencias se evidencia el carro de paro que obstaculiza el acceso o circulación del personal asistencial hacia el lavamanos. En el servicio de urgencias. el pasillo de observación hombres no permite la fácil circulación debido a que es muy reducido.Y las cortinas obstaculizan el tránsito en caso de una emergencia, En observación mujer se evidencio uno de los cubiculos que está ubicado a la entrada de la sala, con dimensiones que no permiten la movilización del talento humano y equipos en casa de emergencia

20. Los ambientes y areas 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. **NC:** En el servicio de hospitalización se evidenciaron habitaciones con dos camas que el área no permite la movilización de personal y equipos biomédicos en caso de emergencia Se evidencian objetos, bolsas en piso que no permiten la fácil circulación dentro de la habitación.

41. Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfeccion son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados. **NC:** Falta de limpieza en extractores de los Unidad sanitaria.

DOTACIÓN

Estándar: Se verifica que la IPS cuente con los equipos indispensables, que se encuentren en óptimas condiciones y que se les realice el mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos

Hallazgos Generales:

DOT

5. La suficiencia de equipos biomédicos está relacionado con la frecuencia de uso de los mismo incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique. **NC**

MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados y que aplique, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y que las condiciones de almacenamiento, distribución y entrega no favorezcan riesgos en la prestación de los servicios .

Hallazgos Generales:

MD

4. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de los procesos generales según aplique, para: **NC:** Los procesos generales no están documentados de acuerdo con la realidad de la sede sino de manera genérica.

4.1. Selección. **NC:** No está definido el mecanismo de selección de acuerdo con la realidad de la sede.

4.2. Adquisición. **NC:** Documento desactualizado

4.3. Transporte. **NC**: No está documentado el proceso de transporte de lo que envían a preparar a la Central de Mezclas y tampoco de lo que transportan dentro de las instalaciones de la IPS.

4.4. Recepción. **NC:** La forma descrita no corresponde a lo que manifiestan que se realiza en la sede

4.5. Almacenamiento. **NC:** Se evidencia proceso de almacenamiento diferente a lo documentado

4.6. Conservación. **NC:** Documento genérico y no de acuerdo con la sede

4.7. Control de fechas de vencimiento. **NC:** Documento genérico y no de acuerdo con la sede

4.8. Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío. **NC:** Documento genérico que no define los controles del proceso. No hay evidencia de calificación de neveras siendo que las neveras son de uso doméstico. Se evidencian condiciones ambientales en cadena de frio por fuera de rango, poniendo en riesgo la estabilidad de los medicamentos allí almacenados.

4.9. Distribución. **NC:** Documento genérico que no describe la realidad de la sede.

4.10. Dispensación. **NC:** Documento genérico que no describe la realidad de la sede.

4.11. Devolución. **NC:** No se evidencia trazabilidad de los rechazados.

4.12. Disposición final. **NC**: Documentos genéricos que no describen las acciones específicas de la sede.

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. **NC:** Se evidencian reportes de Farmacovigilancia y tecnovigilancia, pero no se evidencian soportes de la planeación de los programas incluyendo el programa de Reactivovigilancia y la socialización de los programas.

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), r reactivos de diagnóstico in vitro, 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 evidencia su registro, control y gestión. **NC:** En los diferentes sitios de reservas de medicamentos dispositivos médicos, se evidencia registro de las condiciones ambientales, con valores en diferentes mediciones por fuera de rango, incluyendo las neveras que deben garantizar temperaturas entre 2 y 8 grados centígrados, se evidenció nevera con más de 11 grados centígrados, almacenando medicamentos preparados en dosis unitaria; pero no se evidencia control y gestión. No hay gestión de las mediciones por fuera de rango. Las neveras son de uso doméstico y no se evidencia calificación de la temperatura al interior para garantizar el almacenamiento de las condiciones definidas por el fabricante.

12. El prestador debe mantener condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los carros de paro **NC:** Tienen política de no reuso, pero se evidencia guía de entubación en carro de paro que está reesterilizada vencida la fecha de esterilización y sin reportes de gestión de la vida útil.

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Se verifica que estén documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Hallazgos Generales

PP

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. **NC.**

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 con las especificaciones del fabricante. **NC.**

27.3. Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas preventivas y correctivas. **NC.**

HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clinica y que su manejo sea técnicamente adecuado, Que cuente con los registros de procesos clínicos diferentes la historia clinica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios, acorde con lo establecido en la Resolucion 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Hallazgos Generales:

HCR

4. Las historias clinicas cuentan con los componentes y contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia. **NC:** Se encuentra historia clínica sin signos vitales, sexo diferente al del paciente.

6. Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con nombre completo y firma del autor de la misma. **NC:** Hora de solicitud de interconsulta es diferente a la hora de atención y registro de la nota.

7. El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultánea o inmediatamente después de la atención en salud. **NC:** Hora de la solicitud de interconsulta es diferente a la hora de atención y registro de la nota.

INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estándar: Se verifica que los servicios ofrecidos por el prestador tengan el soporte de otros servicios productos de apoyo asistencial administrativo necesarios para la realización oportuna integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

Hallazgos

Cumple con los criterios aplicables para los Estándares de Habilitación.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio de Imágenes diagnósticas – Ionizantes

INF

8.1. Vestidor de pacientes, con disponibilidad de área para casilleros, que puede ser compartido con los ambientes de la baja, mediana y alta complejidad. **NC:** El área del equipo de rayos x fijo no dispone de Vestier.

8.2. Area para almacenamiento de dispositivos médicos e insumos, que puede ser compartido con los ambientes de la baja, mediana y alta complejidad. **NC.**

28.5.Control de calidad del equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas correctivas cuando aplique. **NC.**

33.1. Numero de exposiciones e imagenes tomada que incluya el nombre del paciente y nombre del estudio realizado. **NC.**

33.2. Dosis de radiación expresadas en unidades según la tecnologia del equipo. **NC.**

33.3. Número de imágenes rechazadas por el tecnólogo el profesional de la medicina especialista en radiologia e imagenes diagnósticas que incluya sus causas. **NC.**

33.4. Número de estudios repetidos y sus causas cuando aplique. **NC.**

33.5.Control de calidad vigente, de los equipos generadores de radiación ionizante. **NC:** El ultimo control de calidad fue realizado en septiembre de 2021.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio de Imágenes diagnósticas – No Ionizantes

DOT

8. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, **NC:** No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio Farmacéutico

TH

1. Cumple con los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente:

Cumple con lo definido en el decreto 2200 de 2005 compilado en el decreto 780 de 2016 (Art 2.5.3.10.9) y la Resolución 1403 de 2007 (Manual de condiciones esenciales y procedimientos del servicio farmacéutico Título I capitulo II Numeral 3.2 y Capitulo III Numeral 1.2) o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. **NC**: En el Decreto 780 de 2016 (Art 2.5.3,10.9), en su parágrafo 1 - Define que "El servicio farmacéutico contará con personal de las señaladas en la calidades vigente para el normatividad ejercicio de cada cargo y en número que garantice el cumplimiento de los procesos propios de dicho servicio que se adelanten en la Institución", pero se evidencia un Químico farmacéutico que es compartido con otra sede, además habilitan servicio de baja complejidad, lo cual determinaría que si hay cumplimiento del estándar pero la institución tiene pacientes en hospitalización de mediana y alta complejidad lo que determina la necesidad de garantizar cumplimiento de programas especiales de seguimiento a riesgos por parte del servicio farmaceutico y no se evidencia cumplimiento.

INF

5.4. Ambiente o área de almacenamiento, que garantice las condiciones temperatura y humedad recomendadas por el fabricante. Incluye cadena de frio, cuando aplique. **NC:** Se evidencian registros de condiciones ambientales en diferentes áreas incluyendo el servicio farmacéutico, con valores fuera de rango y de acuerdo con los medicamentos y dispositivos médicos utilizados en la institución.

7. Cumple con los criterios definidos para el servicio farmacéutico de baja complejidad u adicionalmente cumple con lo definido en el Manual que adopta la Resolución 1403 de 2007, en el Título I capirulo II numeral 1.2.2 y Título I capitulo III numeral 1, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. **NC:** Se evidencia que el prestador esta prestando servicios de una complejidad mayor a la reportada en el REPS, pero no esta cumpliendo con las condiciones mínimas descritas en este numeral.

DOT

9.1. La dotación y mobiliario exclusivos y necesarios para el cumplimiento de los objetivos de los procesos generales y especiales que brinda el servicio, de acuerdo con las recomendaciones dadas por los fabricantes. **NC:** No se evidencian áreas ni dotación y mobiliario exclusivo para el cumplimiento de los procesos especiales y condiciones dadas por los fabricantes.

MD

13. Cumple con los criterios definidos para el servicio farmacéutico de baja complejidad y adicionalmente cuenta con: **NC:** Se evidencian no conformidades en la prestación de servicios no declarados en el REPS.

Certificación en buenas prácticas de elaboración vigente, expedida por el Invima para los procesos especiales que se realicen en la central de mezclas, ya sea propia o contratada. **NC:** Cuentan con certificación en BPE de los procesos especiales contratados, pero no cuentan con certificación para el cumplimiento de los preparados que realizan institucionalmente.

PP

15.1. Procesos generales que realice, elaborado por el responsable del servicio. **NC:** Los procesos generales y especiales son documentados por otra dependencia de la Institución y los tienen definidos de manera genérica, manifestando que son transversales asus diferentes sedes, pero no se evidencia la descripción correspondiente a la realidad de la sede visitada Evidenciando igualmente incumplimiento en la gestión del riesgo con la no semaforización de similares en kits de post exposición VIH e ITS y de Violencia

15.4. Seguimiento a condiciones ambientales de temperatura y humedad. **NC:** Se evidencian registros de las condiciones ambientales de temperatura y humedad, pero no se evidencia seguimiento para la gestión y corrección mediciones por fuera de rango.

17. Cumple con los criterios definidos para el servicio farmacéutico en baja complejidad y adicionalmente, cuenta con información documentada de cada proceso especial realizado en el servicio. **NC:** Se evidencian Farmacovigilancia reportes de tecnovigilancia, pero y no evidencian se soportes planeación de de los programas incluyendo el programa Reactivovigilancia de socialización de los programas.

Grupo de Internación

Servicio de Hospitalización Adulto

INF

20. Los ambientes y areas 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. **NC:** Habitación 2 camas, no permite la movilización el área no permite

DOT

25. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC:** No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

MD

35. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC**

HCR

48. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC**

Grupo de atención inmediata

Servicio Urgencias

INF

18.15.1. Estación de enfermeria que puede compartirse con la sala de observación pediátrica. **NC**: Cubículo 4 y 6 no cumplen con el área mínima requerida.

DOT

22.11. Oxigeno medicinal succión. Puede ser suministrado mediante salida de oxigeno medicina y sistema de vacio o mediante oxigeno medicinal portátil y aspirador. **NC:** No cuenta con succión.

24.6. Succión. Puede ser suministrado mediante sistema de vacio o mediante aspirador. **NC.**

28 6. Lámpara o fuente de iluminación móvil o fija. **NC**

NOMBRE DE LA SEDE: CLINICA LA ERMITA DE CARTAGENA – SEDE AMBULATORIA

CÓDIGO DE LA SEDE: 1300102661 – 04

TALENTO HUMANO

Estándar: Se verifica que el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios cumpla con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

TH

4.3. Estudio de la capacidad instalada en el cual se determine el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programa de formación y por jornada, para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la NC salud, estudio que debe ser elaborado teniendo en cuenta los "lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clinicos" publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social. **NC.**

INFRAESTRUCTURA

Estándar: Se verifica que Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura fisica de las áreas asistenciales, sean las adecuadas al tipo de servicios ofrecidos

Hallazgos Generales: Cumple con los criterios aplicables para los Estándares de Habilitación

DOTACION

Estándar: Se verifica que la IPS cuente con los equipos indispensables, que se encuentren en óptimas condiciones y que se les realice el mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos **Hallazgos Generales:**

5. La suficiencia de equipos biomédicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismo, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique. **NC.**

MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados y que aplique, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y que las condiciones de almacenamiento, distribución y entrega no favorezcan riesgos en la prestación de los servicios.

Hallazgos Generales:

4. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de los procesos generales según aplique, para:

4.3. Transporte. **NC:** No está documentado el proceso de transporte de lo que envian a preparar a la Central de Mezclas, de lo que transportan dentro de las instalaciones de la IPS y tampoco de lo que transportan hasta el domicilio del paciente ante las entregas de medicamentos domiciliarios.

7. El prestador de servicios de salud que cuente 7 con reservas de medicamentos, homeopáticos fitoterapéuticos, medicamentos biológicos componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, y demás 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 banco del componente anatómico, según aplique, y contar con instrumento para medir humedad relativa y temperatura y evidencia su registro, control y gestión. **NC:** Se verifican registros de temperatura humedad, a excepción de los dias en que no hay atención de pacientes (sábados en la tarde, domingos y festivos), por lo cual no puede ser verificado que en esos dias se esté garantizando el almacenamiento en condiciones apropiadas de acuerdo a lo definido por el fabricante para su control y gestión. No se evidencian soportes de calificación en neveras que permita verificar la garantía en el almacenamiento.

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Se verifica que estén documentados los principales procesos asistenciales, guias clinicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento **Hallazgos Generales:**

PP

27. Cuando el prestador de servicios de salud realice "pruebas en el punto de atención de paciente - (Point of Care Testing - POCT)" en un servicio habilitado cuenta con: **NC.**

27.1. Información documentada sobre la toma procesamiento, control de calidad y entrega de resultados. **NC**

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clinica y que su manejo sea técnicamente adecuado. Que cuente con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clinica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de a prestación de servicios, acorde con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan

Hallazgos Generales:

HCR

4. Las historias clinicas cuentan con los componentes y los contenidos minimos definidos en la normatividad que regula la materia. **NC:** Se encuentra historia clínica sin signos vitales, sexo diferente al del paciente.

HCR

6. Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la firma. **NC:** Hora de solicitud de interconsulta es diferente a la hora de atención y de registro de la nota.

HCR

7. El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultanea o inmediatamente después de la atencion en salud. **NC:** Hora de solicitud de interconsulta es diferente a la hora de atención y de registro de la nota.

INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estandar: Se verifica que los servicios ofrecidos por el prestador tengan el soporte de otros servicios a productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos **Hallazgos**

Cumple con los criterios aplicables para los Estandares de Habilitación.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio de Quimioterapia

DOT

10. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente: **NC**: No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

MD

12.2.5 Los medicamentos preparados y no preparados se transportan de modo que su integridad no se deteriore, se mantengan las condiciones de almacenaje, cadena de frío, se protejan contra hurto, se conserve su identificación y se evite la contaminación, exposición a microorganismos o plagas o confusión con otros productos. Además, es realizado por personal entrenado en su manipulación. **NC:** No se evidencia proceso documentado que describa el transporte de los medicamentos preparados.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio farmacéutico

PP

15.4. Seguimiento a condiciones ambientales de temperatura y humedad. **NC:** No se evidencia seguimiento a condiciones ambientales de temperatura y humedad durante los días que no hay atención a pacientes: sabados en la tarde, domingos y festivos. No se evidencian soportes de calificación de neveras que permita verificar la garantía de las condiciones ambientales en el almacenamiento.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico
DOT
7. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: **NC:** No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio de terapias (Fisioterapia)

TH
15. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y

adicionalmente cuenta con: **NC:** No cuenta con suficiencia de equipos por servicio.

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Servicio de Diagnóstico Cardiovascular
TH
1.2. Profesional de la enfermería que cuenta con constancia de asistencia en acciones de formación continua en soporte vital básico y para la realización del o los procedimientos ofertados. **NC:** Los electrocardiógrafos los realiza una auxiliar de enfermería.
INF
5.2. Vestidor de pacientes con área para casilleros. **NC.**
6.3. Ambiente o área para la recuperación de pacientes si aplica, de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios. Este ambiente o area puede ser la misma sala de procedimientos, siempre y cuando su utilización no sea simultanea con la ejecucion de un procedimiento y de acuerdo con lo definido en el estándar de procesos prioritarios. **NC:** Ambiente se comparte entre sala de procedimiento para la recuperación de pacientes y ambiente donde realizan prueba de fuerzo y ecocardiograma. Y realizan simultáneamente los procedimientos.

Grupo de Consulta Externa
Servicio de Consulta Externa General
INF
18. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios. **NC:** No cuenta con suficiente area de equipos por servicio.

7. CONCLUSIONES
El presente informe se encuentra soportado en los formatos de verificación y en las actas correspondientes a la visita, registros firmados por el representante legal de la institución o en su defecto por la persona encargada de la misma y por el grupo verificador y ceñido a los estándares de habilitación y sus normas reglamentarias.
El contenido probatorio (fotografias), fue recolectado en la visita de verificación, siguiendo los principios generales de la prueba y con base en lo estipulado en el Artículo 165 de nuestro Código de Procedimiento Civil, que a su tenor expresa: "Medios de prueba. Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez.", en concordancia con el Articulo 243 del mismo Código: "Distintas clases de documentos. Son documentos llos escritos, impresos, planos,

dibujos, cuadros, fotografias, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografias, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo, y las inscripciones en lápidas, monumentos, edificios o similares. (Negrillas y subrayado nuestro).
Este registro fotográfico se encuentra disponible en el archivo de la base de datos de prestadores.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

SEDE 1

La ubicación de la camilla en el piso de hospitalización no permite la fácil abertura de la puerta de la unidad sanitaria, para la movilización del paciente o talento humano.

Ubicación de carro de parró en pasillo de hospitalización, que obstaculiza la circulación en caso de emergencia.

UCI intensivo ek carro de distribución de alimentación impide la circulación de camillas equipos y personal asistencial en caso de emergencia.

UCI intermedia el carro de pario intercede la circulación del cubilo 1, para la movilización del personal y equipos en caso de emergencia.

Se evidencio equipo de diálisis a la salida del ascensor, no permitiendo el fácil desplazamiento de pacientes y del personal.

19. Las areas de circulación estan libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano y equipos biomédicos.

En el servicio de hemodinamia el ambiente de recuperación se dificulta la circulación en caso de emergencia debido a que area por cubiculo no cuenta con suficiente espacio
Servicio de hemodinamia, el área no es suficiente el espacio para la cantidad de equipos

20. Los ambientes y areas que hagan parte de cualquier servicio de salud, deben permitir la instalación y movilizacion de equipos biomédicos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia

En el servicio de hemodinamia se evidencio que el puesto de enfermeria no permitia la monitorización permanente del paciente. Debido a que las cortinas no permiten la visual.
32.2. Permite la monitorización permanente de los pacientes o sistemas alternativos para su visualización

En el ambiente de sala de procedimientos del servicio de urgencias se evidencia el carro de paro que obstaculiza el acceso o circulación del personal asistencial hacia el lavamanos

19. Las áreas de circulación están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos

41. Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso Dinámico de acuerdo con los servicios prestados
Falta de limpieza en extractores de las Unidad sanitaria del servicio de urgencias

20. Los ambientes y areas 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

En el servicio de hospitalización se evidenciaron habitaciones con dos camas que el área no permite la movilización de personal y equipos biomédicos en caso de emergencia

Se evidencian objetos, bolsas en piso que no permiten la fácil circulación dentro de la habitación

Carro de paro Imágenes Diagnosticas Sede 2:
11.1.3.Estándar de dotación
8. Los servicios de salud que requieran carro de paro, cuenta con la siguiente dotación 8.3. Aspirador o sistema de vacío

11.6.1 SERVICIO DE URGENCIAS 24. Sala de procedimientos, que cuenta con:
24.1.Camilla con barandas, ruedas y freno

SEDE 4 ZARAGOCILLA

6.3. Ambiente o área para recuperación de pacientes si aplica, de acuerdo con la informaciór documentada en el estándar de procesos prioritarios. Este ambiente o

área puede ser la misma sala de procedimientos, siempre y cuando su utilización no sea simultanea con la ejecucion de procedimiento y de acuerdo con lo definido en el estándar de procesos prioritarios un Ambiente se comparte entre sala de procedimiento para recuperación de pacientes y ambiente donde realizan prueba de esfuerzo y ecocardiograma. Y realizan simultáneamente los dos procedimientos

11.1.4.ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS 11.3.2. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: SERVICIO FARMACEUTICO SEDE 1

11.3.2.13. Cumple con los criterios definidos para el ervicio farmacéutico de baja complejidad adicionalmente cuenta con: Certificación en buenas prácticas de elaboración vigente, expedida por el Invima para los procesos especiales que se realicen en la central de mezclas ya sea propia o contratada. Medicamentos dispensados sin cumplimiento de la adecuación en dosis unitaria, solo la tabletaria es reempacada

11.3.2.13. Cumple con los criterios definidos para el servicio farmacéutico de baja complejidad y adicionalmente cuenta con: Certificación en buenas prácticas de elaboración vigente, expedida por el…

SEDE 1 Y SEDE 2

11.1.4.Se verifica que la IPS tenga diseñados y que aplique, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y que las condiciones de almacenamiento, distribución y entrega no favorezcan riesgos en la prestación de los servicios. Información documentada que manifiestan es transversal para las tres sedes, pero la verificación de su cumplimiento no corresponde a la realidad de las sedes, favoreciendo a riesgos en la prestación de los servicios

SEDE 1

11.1.4.7. 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 evidencia su registro, control y gestión.

Condiciones de la nevera de medicamentos en dosis unitaria, cuya temperatura de conservación debe mantenerse en un rango de 2 a 8 grados centígrados y se encuentra claramente por fuera de rangos.

11.1.4.4.13 y 11.1.4.6. Listas de chequeo que no evidencian conciliación con el equipo asistencial que garantice el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos y demás Insumos de uso en la atencion en salud

11.1.4.7. El prestador de servicios de salud que cuente con reservas de medicamentos homeopaticos, 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 evidencia su registro, control y gestión.

La institucion maneja medicamentos y dispositivos médicos cuyas condiciones de almacenamiento son variables, donde en algunos casos no debe supe…

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 deber 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.

11.1.4.7., 113.2.9.1y 11.3.2.13. El área de preparación y adecuación de medicamentos en urgencias es un área entre el pasillo frente al estar de enfermería y el cuarto limpio, lo al no permite el cumplimiento de garantizar las condiciones para este proceso.

11.1.4.7. Medicamentos almacenados después de abiertos en la puerta de neveras que son de uso doméstico pero no se evidencia calificación de neveras que permita garantizar las condiciones de temperatura y humedad definidas por el fabricante

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 reltiva y temperatura y evidencia su registro, control y gestión.

No se evidencia las condiciones de seguridad en el almacenamiento de cilindro portátil de oxigeno, cadena o carro de transporte

11.1.4, El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de los procesos generales segun aplique, para 4.5. Almacenamiento.

No se cumple con la semaforización por similares y los medicamentos no están almacenados según el orden que tienen documentado, que permita la gestión del riesgo en la dispensación

Se evidencian tratamientos para pacientes de estancias prolongadas con complejidades superiores a las declaradas en el REPS, pero no se evidencia cumplimiento de la preparación y adecuación en las condiciones de seguridad definidas en las Centrales de Preparación de Medicamentos.

11.3,2,9.1. La dotación y mobillario exclusivos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de los procesos generales y especiales que brinda el servicio, de acuerdo con las recomendaciones dadas por los fabricantes.

Tablero de control al consumo de gases medicinales, fuera de funcionamiento

11.3.2.5.4. Ambiente o área de almacenamiento, que garantice las condiciones temperatura y humedad recomendadas por el fabricante. Incluye cadena de frio, cuando aplique 11.1.4.7. El prestador de servicios de salud que cuente con reservas de medicamentos, homeopáticos. medicamentos biologicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos fitoterapéuticos, (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, 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 reltiva y temperatura y evidencia su registro, control y gestión

Areas de gases medicinales de las sedes 1 y 2 sin cumplimiento de condiciones de limpieza, seguridad y señalización

7. CONCLUSIONES

Una vez finalizada la presente visita de verificación y con base en lo anteriormente descrito, soportado en el Decreto 780 de 2016 y lo estipulado en Resolución 3100 de 2019, en la Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001 y demás normas complementarias El presente informe se encuentra soportado en los formatos de verificación y en las actas correspondientes a la visita, registros firmados por el representante legal de la institución o en su defecto por la persona encargada de la misma y por el grupo verificador y ceñido a los estándares de habilitación y sus normas reglamentarias

Se concluye:

Se evidenciaron servicios habilitados y no prestados relacionados en la "Tabla 3: Servicios Habilitados No Prestados" acarreando esto proceso administrativo sancionatorio, y deshabilitar los mismos en el REPS. GRUPO DE SERVICIO : CONSULTA EXTERNA CODIGO:365 NOMBRE DEL SERVICIO : CIRUGIA DERMATOLOGICA

Se impuso medica preventiva: Suspensión parcial o total de trabajos o de servicios (TOTAL), a los servicios relacionados en la "Tabla 4: Servicios Con Imposición de Medida",

El contenido probatorio (fotografias), fue recolectado en la visita de verificación, siguiendo los principios generales de la prueba y con base en lo estipulado en nuestro Código General del Proceso, que a su tenor expresa: "Medios de prueba. Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, e/ dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez."; en concordancia con el Articulo que regula: "Distintas clases de documentos. Son documentos los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas. discos, grabaciones magnetofónicas, radiografias, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo, y las inscripciones en en liápidas, monumentos, edificios o similares."

Por todas las inconsistencias antes precisadas, salta a la vista y sin el menor asomo de dudas que la Clinica la Ermita de Cartagena, ha incurrido en el incumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS consistente en la no aplicación de las siguientes normas que a continuación se transcriben:

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

ARTÍCULO 40. COMPONENTES DEL SOGCS. Artículo compilado en el artículo 2.5.1.2.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.

2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

3. El Sistema Único de Acreditación.

4. El Sistema de Información para la Calidad.

ARTÍCULO 60.- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

CAPITULO II

ARTÍCULO 70. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Artículo compilado en el artículo 2.5.1.3.2.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016 Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y cientifica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Parágrafo. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

ARTÍCULO 12. AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. **Artículo compilado en el artículo 2.5.1.3.2.6 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016.** *Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.*

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

RESOLUCIÓN NÚMERO 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 servicios de salud"

Artículo 9. Responsabilidad. El prestador de servicios de salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables a ese servicio,

Numeral 8.3. del manual de la Resolución 3100: CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unos criterios mínimos para el funcionamiento de los servicios que cualquier tipo de prestador de servicios de salud habilite, a partir de los estándares de habilitación.

La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

Fiabilidad

La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

Esencialidad

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica son indispensables y necesarias para minimizar los principales riesgos propios de la atención en salud.

Sencillez

La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

8.3.1.Estándares de habilitación

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud en forma segura; se estructuran con criterios mínimos aplicables y obligatorios a los servicios que habilite cualquier prestador de servicios de salud. Los estándares de habilitación son esencialmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación de servicios de salud procura que el diseño de los criterios para cada estándar cumpla con ese principio básico y que estos apunten a controlar los riesgos asociados con la prestación de los servicios de salud.

Los estándares y sus criterios no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones y criterios para el funcionamiento de una institución o

un servicio de salud; incluyen las condiciones indispensables para defender la vida y preservar la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia que su ausencia en la prestación del servicio implica la presencia de riesgos y/o atentan contra su dignidad y no pueden ser sustituibles por otro requisito.

Los estándares deben ser efectivos, lo que implica que los criterios que los conforman deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios y que su incumplimiento genera riesgos que atentan contra la vida y la salud de las personas. Por ello, están dirigidos al control de riesgos relacionados con la prestación de los servicios de salud.

Los estándares buscan, de igual forma, atender la seguridad del paciente, entendida como 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.

Los siete (7) estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de servicios de salud son:

1. Talento humano.
2. Infraestructura.
3. Dotación.
4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.
5. Procesos Prioritarios.
6. Historia Clínica y Registros.
7. Interdependencia.

Los criterios detallan lo exigido en cada estándar dentro de cada servicio y son los elementos concretos para su interpretación.

El Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad encargada de establecer los estándares y criterios para los servicios de salud que no se encuentren contemplados en el presente manual.

El alcance de los estándares de habilitación es:

8.3.1.1. Talento Humano

Son las condiciones de talento humano requeridas para la prestación de los servicios de salud. El estándar de talento humano define el perfil o los perfiles mínimos, según aplique, que se deben garantizar para la habilitación y prestación del respectivo servicio de salud.

8.3.1.2. Infraestructura

Son las condiciones mínimas e indispensables de las áreas y ambientes de una edificación y su mantenimiento, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

8.3.1.3. Dotación

Son las condiciones mínimas e indispensables que garantizan los equipos biomédicos necesarios, así

como sus mantenimientos, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

8.3.1.4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Son las condiciones mínimas e indispensables de procesos que garantizan las condiciones de almacenamiento, trazabilidad, y seguimiento al uso de medicamentos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que utilice el prestador para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

8.3.1.5. Procesos prioritarios Es la existencia obligatoria y socialización de los principales procesos asistenciales que condicionan directamente la prestación con el menor riesgo posible en los servicios de salud.

8.3.1.6. Historia clínica y registros

Son las condiciones mínimas e indispensables que debe cumplir la historia clínica y los registros asistenciales, con el fin de garantizar la trazabilidad de la atención en salud.

8.3.1.7. Interdependencia

En este estándar se definen los servicios de salud y de apoyo los cuales son indispensables para prestar en forma oportuna y segura el servicio de salud que los requiere.

Los servicios definidos en la interdependencia de cada servicio pueden ser propios o contratados, en cualquier caso, cuando se trate de servicios de salud deben estar habilitados por una de las partes, no se permite la doble habilitación de un servicio.

Por otra parte el Decreto 2200 de 2005, que reglamenta el servicio farmacéutico, también se incumplió por parte del prestador, el cual establece el siguiente tenor.

Artículo 8°. Requisitos del Servicio Farmacéutico. El servicio farmacéutico deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

1. Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades y/o procesos que se realicen y personas que laboren.

2. Contar con una dotación, constituida por equipos, instrumentos, bibliografia y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y/o procesos que se realizan en cada una de sus áreas.

3. Disponer de un recurso humano idóneo para el cumplimiento de las actividades y/o procesos que realice.

Parágrafo. El servicio farmacéutico es un servicio asistencial y no podrá, en ningún caso, depender de la división administrativa de la institución dedicada al suministro de bienes.

El articulo 11, en su parágrafo, establece lo siguiente:

Parágrafo 3º. Las Farmacias-Droguerías, Droguerías, Agencias de Especialidades Farmacéuticas, Depósitos de Drogas y personas autorizadas, teniendo en cuenta el volumen de actividades y el número de trabajadores que laboren en estos, deberán tener una estructura acorde con los procesos que realicen; ubicación independiente; área física exclusiva, de circulación restringida y de fácil acceso: iluminación, ventilación, pisos, paredes, cielos rasos, instalaciones sanitarias y eléctricas, que permitan la conservación de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos autorizados, así como, someterse a las demás condiciones que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

Paragrafo 5:

(...) Cuando en estos establecimientos farmacéuticos se realicen operaciones de elaboración, transformación, preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis, reenvase o reempaque de medicamentos, deberán obtener el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura, otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y su dirección técnica estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Los productos allí elaborados no requieren de registro sanitario. El establecimiento farmacéutico o servicio farmacéutico institucional podrá funcionar con la autorización o habilitación por parte de la entidad territorial de salud o el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, para aquellos establecimientos a los que se les exige, según corresponda.

El Artículo 15, del precitado Decreto 2200 de 2005, en lo tocante a los Procesos del Servicio Farmacéutico, establece que: "Los procesos del servicio farmacéutico se clasifican en generales y especiales:

1. Dentro de los procesos generales se incluyen como minimo: Selección, adquisición, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos; participación en grupos interdisciplinarios; información y educación al paciente y la comunidad sobre uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos; y, destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.

2. Pertenecen como mínimo a los procesos especiales: Atención farmacéutica; farmacovigilancia; preparaciones: magistrales, extemporáneas, estériles; nutriciones parenterales; mezcla de medicamentos oncológicos; adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas; reempaque; reenvase; participación en programas relacionados con medicamentos y dispositivos médicos; realización o participación en estudios sobre el uso de medicamentos y dispositivos médicos, demanda insatisfecha, farmacoepidemiología, farmacoeconomía, uso de antibióticos, farmacia clínica y cualquier tema relacionado de interés para el paciente, el servicio farmacéutico, las autoridades y la comunidad; monitorización de medicamentos; preparaciones extemporáneas, control, dispensación y distribución de radio-fármacos; investigación clínica; y, preparación de guías para la dación o aceptación de donaciones de medicamentos y dispositivos médicos.

El Artículo 18, de la misma obra en mención, precisa en lo referente a la Distribución de Medicamentos, lo siguiente: (...)

"El servicio farmacéutico deberá determinar el sistema o los sistemas de distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos que deban implementarse en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para garantizar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deban suministrarse a los pacientes.

Ahora bien, en el caso que nos ocupa tenemos que, sin lugar a dudas CLINICA la ERMITA DE CARTAGENA, según los hechos antes precisados, originados en la visita de verificación realizada a dicho prestador del 17 AL 22 de abril de octubre de 2024, por parte del equipo de verificadores de esta Direccion Operativa e vigilancia y Control del DADIS, detectaron las falencias antes detalladas, constitutivas de incumplimiento al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, Decreto 1011 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016 "Decreto Único Reglamentario del Sector Salud", de cada una de las normas antes precisadas y transcritas, como también de la resolución 3100 de 2019, junto con su Manual de Procedimiento, en los artículos y numerales antes transcritos, por las razones que antes se detallaron. Igualmente, de otra parte, salta a la vista que se transgredió, por parte del prestador, la normatividad que reglamenta el Servicio Farmacéutico, cual es, el Decreto 2200 de 2005, dada las consideraciones y hechos antes desarrollados ampliamente en este auto de apertura y de formulación de cargos.

Así mismo, cabe advertir que somos competentes para adelantar esta investigación de conformidad con las siguientes normas:

El mismo Decreto 1011 de 2006 (Compilado por el Decreto 780 de 2016), antes mencionado, señala las competencias de este territorial así:

ARTÍCULO 19. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. <Artículo compilado en el artículo 2.5.1.3.2.13 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. ARTÍCULO 19 ibidem.-. *Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 80 y 90 del presente decreto. En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación*

establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto

ARTÍCULO 21. PLAN DE VISITAS. Articulo compilado en el articulo 2.5.1.3.2.15 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. *Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones Tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.*

ARTÍCULO 22. PLANES DE CUMPLIMIENTO. Articulo compilado en el artículo 2.5.1.3.2.16 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. ARTÍCULO 22°.- *Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.*

ARTÍCULO 23. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. <Articulo compilado en el articulo 2.5.1.3.2.17 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016*. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.*

ARTÍCULO 49. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN. <Artículo compilado en el artículo 2.5.1.7.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el articulo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016>. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto,

correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

ARTÍCULO 50°-ARTÍCULO 50. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. <Articulo compilado en el articulo 2.5.1.7.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016>. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley. previo cumplimiento del debido proceso.

ARTÍCULO 53. APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD. Artículo compilado en el artículo 2.5.1.7.5 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

ARTÍCULO 54. SANCIONES. <Articulo compilado en el articulo 2.5.1.7.6 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016> SANCIONES. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las

sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

La ley 9 de 1979 en su ARTICULO 577, referente a las sanciones, señala el siguiente tenor literal: Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

a) Amonestación;

b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios minimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;

c) Decomiso de productos;

d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y

e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Por lo anteriormente expuesto tal y como da cuenta el informe final que es parte integral de esta investigación realizada en el año 2023, resultado de la visita de verificación, se concluye la existencia de inconsistencias que fueron descritas en detalle anteriormente, las mismas que no permitieron al equipo visitador, certificar el cumplimiento los estándares de habilitación.

De ahí que resulte pertinente y razonable iniciar este proceso sancionatorio de carácter administrativo, conforme lo prevee el Decreto 1011 de 2006 (Compilado por el Decreto 780 de 2016) en contra de la IPS en mención, pues se desconoció la Resolución 3100 de 2019 y su manual de Procedimiento Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores del servicio de salud y de habilitación de servicio de salud, como también las normas contenidas en el Decreto 2200 de 2005, reglamentario del servicio farmacéutico, antes transcritas. Al igual que se desconocieron los componentes del SOGCS en punto al sistema de habilitación, por las razones antes expuestas. Cabe precisar que en lo tocante a Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, se desconocieron lo atinente a la Capacidad tecnológica y científica en punto a Talento Humano; Infraestructura; Dotación; Medicamentos, Dispositivos e Insumos y Procesos Prioritarios Asistenciales en los distintos servicios verificados

En consecuencia, con ocasión de estas normas incumplidas por parte del prestador según da cuenta el informe final de verificación en mencion, se proferirá en contra del prestador CLINICA la ERMITA DE CARTAGENA, este acto administrativo de apertura de investigación y de formulación de cargos.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Los hechos materia de la presente investigación administrativa sancionatoria son competencia de este Despacho, conforme al Decreto 228 de 2009 Articulo 14 y Resolución 3100 de 2019. Por tanto, para verificar la ocurrencia de los hechos, determinar la conducta violatoria de la normatividad vigente y la responsabilidad del investigado, la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo de Salud-Dadis; da inicio Investigación Administrativa Sancionatoria, soportadas en el Informe Final de Visita de Verificación de fecha 03 de octubre de 2023 adelantada por el equipo de profesionales especializados de la salud, de la Dirección Operativa de Vigilancia y Control DADIS. El Despacho considera los hechos que se encuentra individualizado el prestador presuntamente responsable de las presuntas fallas incurridas por parte de la Clinica General del Caribe. Se deja constancia que se cuenta con los siguientes documentos para la apertura de esta investigación:

Informe Final de Visita de Verificación realizada al prestador en el año 2023

Acta de Visita de la misma fecha

Acta de imposición de medida preventiva de servicios de la misma fecha

Por tanto, esta Dirección Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo Distrital de Salud

RESUELVE

PRIMERO: Iniciar la investigación administrativa sancionatoria contra de la CLINICA la ERMITA DE CARTAGENA, y formular los siguientes cargos conforme los antecedentes de este auto.

SEGUNDO: Se estima que la CLINICA la ERMITA DE CARTAGENA, presuntamente ha infringido las normas que regulan el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS, en lo concerniente al Sistema Único de habilitación,

contenida en la Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano, procesos prioritarios asistenciales, infraestructura y mantenimiento hospitalario; Dotación; Dispositivos médicos y Procesos Prioritarios Asistenciales, en los distintos servicios antes precisados y consignados en el informe de visita de verificación antes relacionado, por las por las razones anteriormente descritas.

TERCERO: Ordénese la práctica de las siguientes diligencias:

2.1 Recíbasele descargos al Representante Legal de la empresa CLINICA la ERMITA DE CARTAGENA, con el objeto que deponga sobre los hechos objeto de investigación, descargos que se recibirán por escrito, los cuales deberá presentar dentro de los 15 días siguientes a la notificación del presente auto.

2.2 Téngase las siguientes pruebas documentales pertinentes para el perfeccionamiento de la presente investigación:

2.2.1 Informe de visita de verificación de condiciones de habilitación CLINICA la ERMITA DE CARTAGENA realizado en el año 2023, llevada a cabo a dicha IPS

2.2.1.1 Acta de Visita de verificación realizado a dicha IPS

2.2.1.2 Actas de imposición de medidas preventivas a los servicios de la IPS

2.3 Practíquense las demás pruebas que sean necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

CUARTO: Comisionar al Dr. RODOLFO GRAU DE ÁVILA, Asesor Jurídico de la Dirección Operativa para la Vigilancia y Control del DADIS adscrito a este despacho, para que inicie y lleve hasta su terminación el presente proceso administrativo sancionatorio, y en tal sentido practique todas las diligencias ordenadas y las demás que surjan de las anteriores, sean pertinentes y tiendan a esclarecer los hechos objetos de la presente investigación.

QUINTO: Por Secretaría se adelantarán las siguientes diligencias:

4.1. Notificar personalmente a la IPS la determinación tomada en este auto, advirtiéndole que en contra de la misma no procede recurso alguno y que deberá suministrar la dirección en la cual recibirán las comunicaciones. Al Investigado se le indicará adicionalmente que tiene derecho a designar defensor.

Para tal efecto, líbrense las respectivas comunicaciones indicando la decisión tomada y la fecha de la providencia.

Alcaldía Mayor de
Cartagena de Indias

En caso de que no pudiere notificarse personalmente, se realizara la notificación según lo contemplado en el artículo 69 de la Ley 1437 de 2011.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA

Directora Operativa de Vigilancia y Control- DADIS.

Proyectó: R.G.D.

Asesor Jurídico DOVC

Alcaldía Mayor de
Cartagena de Indias

AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACION A IPS PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REVHITAL IPS SAS REHIVITAL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD-DADIS-DIRECCION OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL

Rad. No DOVC 1473 de 2024

Investigado: "PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REHVITAL IPS SAS"

Código de habilitación: 1300103256-01

DIRECCION: Barrio Tesca Viejo Mz. N L 10

TELÉFONO: 302 344469

Fecha de visita de Verificación: 21 de octubre de 2024

Correo electrónico: rehvitalipsinformation@gmsail.com

Asunto: Auto que ordena Apertura de Investigación Administrativa Sancionatoria y Formulación de Cargos (Por Informe Final de Visita de Verificación realizado a la IPS en mencion)

Cartagena de Indias D.T. y C., a los 02 días del mes de Diciembre de Dos Mil Veinticuatro (2024).

ANTECEDENTES

Visto el contenido del informe final de la visita de verificación, llevada a cabo a la IPS: "PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REHVITAL IPS SAS", identificada con código de habilitación No 1300103256-01 en el lugar declarado como su domicilio en el barrio Tesca Viejo Mz. N L 10, Teléfono: 302 344469, cuyos servicios declarados en el REPS hasta el anuncio de la visita son los que a continuación se detallan:

Internación 129 Hospitalización Adultos Intramural Baja

Consulta Externa 301 Anestesia Intramural Media

328 Medicina General Intramural Baja

339 Ortopedia Y/O Traumatología Intramural Media

Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica 712 Toma De Muestras De Laboratorio Clínico Intramural SC

714 Servicio Farmacéutico Intramural Baja

739 Fisioterapia Intramural SC

En dicho informe se consignaron la presuntas fallas en el cumplimiento de las condiciones de entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, evidenciando que, en cuanto al aspecto de CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA, se encontraron los siguientes hallazgos:

Se verifica el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica y que cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Al momento de la visita a y PROFESIONALES EN REHABILITACIÓN Y ORTOPEDIA REHVITAL IPS SAS, No aportó soportes para verificar las condiciones de la capacidad técnico administrativa

En cuanto a la CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, el equipo verificador encontró los siguientes Hallazgos Generales:

La verificación de esta condición se realizó en las instalaciones del prestador PROFESIONALES EN REHABILITACIÓN Y ORTOPEDIA REHVITAL IPS SAS Mediante observación directa por parte de los Verificadores, quienes confrontaron lo observado en cada uno de los servicios del prestador contra las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, según lo establecido en los estándares de la Resolución 3100 de 2019.

La visita fue anunciada al prestador el día jueves 17 de octubre de 2024 y se evidencia que el prestador realizó el día 20 de octubre de 2024 novedad de cierre de los servicios de: 129- Hospitalización Adultos, 301-Anestesia, 328-Medicina General, 712-Toma De Muestras De Laboratorio Clínico, 714-Servicio Farmacéutico, 739-Fisioterapia, incumpliendo la Resolución 3100 de 2019 el criterio “9.3.3. Generalidades de las visitas: ***Comunicada la visita de***

verificación, el prestador de servicios de salud no podrá presentar novedades mientras esta no haya concluido".

En cuanto a los estándares de habilitación se encontraron los siguientes hallazgos:

6.1. TALENTO HUMANO: No Cumple los criterios evaluados para el estándar

Se verifica que el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios cumpla con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

A continuación, se describen los criterios incumplidos de la Resolución 3100 de 2019 para este estándar.

Durante la visita el prestador no presentó los soportes aplicables al estándar incumpliendo la resolución 3100 de 2019 criterio 11.1 estandares y Criterios aplicables a todos los servicios . Los prestadotres de servicios de salud deben en su autoevaluación , identificar los siguientes criterios 11.1.1 estandar de talento humano.

Se evidencia que el prestador no cuenta con talento humano para prestar el servicio en el horario que lo tiene habilitado en el REPS incumpliendo las generalidades del estándar criterio 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 en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Este criterio no aplica para el profesional independiente de salud"

6.2. INFRAESTRUCTURA: No Cumple

Estándar: Se verifica que Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, sean las adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

A continuación, se describen los criterios incumplidos de la Resolución 3100 de 2019 para este estándar.

Durante la visita el prestador no presentó los soportes aplicables al estándar incumpliendo la resolución 3100 de 2019 criterio 11.1 estándares y Criterios aplicables a todos los servicios. Los prestadores de servicios de salud deben en

su autoevaluación, identificar los siguientes criterios 11.1.2 estándar de infraestructura.

6.3. DOTACIÓN: No cumple

Estándar: Se verifica que la IPS cuente con los equipos indispensables, que se encuentren en óptimas condiciones y que se les realice el mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos.

A continuación, se describen los criterios incumplidos de la Resolución 3100 de 2019 para este estándar.

Durante la visita el prestador no presentó los soportes aplicables al estándar incumpliendo la resolución 3100 de 2019 criterio 11.1 estándares y Criterios aplicables a todos los servicios. Los prestadores de servicios de salud deben en su autoevaluación, identificar los siguientes criterios 11.1.3 estándar de Dotación.

6.4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS: No cumple

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados y que aplique, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y que las condiciones de almacenamiento, distribución y entrega no favorezcan riesgos en la prestación de los servicios.

A continuación, se describen los criterios incumplidos de la Resolución 3100 de 2019 para este estándar.

Durante la visita el prestador no presentó los soportes aplicables al estándar incumpliendo la resolución 3100 de 2019 criterio 11.1 estandares y Criterios aplicables a todos los servicios . Los prestadotres de servicios de salud deben en su autoevaluación, identificar los siguientes criterios 11.1.5 estandar de Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos.

6.5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES: No cumple

Estándar: Se verifica que estén documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

A continuación, se describen los criterios incumplidos de la Resolución 3100 de 2019 para este estándar.

Durante la visita el prestador no presentó los soportes aplicables al estándar incumpliendo la resolución 3100 de 2019 criterio 11.1 estandares y Criterios aplicables a todos los servicios . Los prestadotres de servicios de salud deben en su autoevaluación , identificar los siguientes criterios 11.1.5 estandar de procesos prioritarios

6.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES: No cumple

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo sea técnicamente adecuado. Que cuente con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios, acorde con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

A continuación, se describen los criterios incumplidos de la Resolución 3100 de 2019 para este estándar.

Durante la visita el prestador no presentó los soportes aplicables al estándar incumpliendo la resolución 3100 de 2019 criterio 11.1 estándares y Criterios aplicables a todos los servicios. Los prestadores de servicios de salud deben en su autoevaluación , identificar los siguientes criterios 11.1.6 estándar de Historia Clinica y Registros Asistenciales.

6.7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS: No Aplica

Estándar: Se verifica que los servicios ofrecidos por el prestador tengan el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

Grupo Consulta Externa

Ortopedia y/o Traumatología

Durante la visita el prestador no presento los soportes aplicables :

-Talento Humano: No Cumple

No cumple con el criterio 11.1.1.3 de las generalidades del estándar

- Infraestructura: No Cumple

No cumple con el criterio 11.1.1.2 de las generalidades del estándar

-Dotacion; No cumple

No cumple con el criterio 11.1.3 de las generalidades del estándar

- Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos: No cumple
- Procesos Prioritarios : No cumple
  No cumple con el criterio 11.1.2 de las generalidades del estándar
- Historia Clinica: No cumple
  No cumple con el el criterio 11.1.2 de las generalidades del estándar
- Interdependencia: No aplica

7. CONCLUSIONES

Una vez finalizada la presente visita de verificación y con base en lo anteriormente descrito, soportado en el Decreto 780 de 2016 y lo estipulado en Resolución 3100 de 2019, en la Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001 y demás normas complementarias. Se concluye:

El prestador realizo cierre de los servicios de: 129-Hospitalización Adultos, 301-Anestesia, 328- Medicina General, 712-Toma De Muestras De Laboratorio Clínico, 714-Servicio Farmacéutico, 739-Fisioterapia, incumpliendo el art 17 de la Resolución 3100 de 2019: Notificada la visita de verificación, el prestador de servicios de salud no podrá presentar novedades mientras esta no haya concluido

Se impuso medida de seguridad consistente en suspensión total del servicio servicio 339-Ortopedia y/o Traumatología.

En la tabla abajo relacionada, se describe el resultado de la visita por servicios declarados y por estándar.

El presente informe se encuentra soportado en los formatos de verificación y en las actas correspondientes a la visita, registros firmados por el representante legal

de la institución o en su defecto por la persona encargada de la misma y por el grupo verificador y ceñido a los estándares de habilitación y sus normas reglamentarias.

Se traslada el presente informe a la oficina jurídica para la apertura de proceso administrativo sancionatorio por incumplir con la Resolución 3100 con los hallazgos relacionados en el presente informe.

El contenido probatorio (fotografías), fue recolectado en la visita de verificación, siguiendo los principios generales de la prueba y con base en lo estipulado en el Artículo 165 de nuestro Código general del proceso, que a su tenor expresa: "Medios de prueba. Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez."; en concordancia con el Artículo 243 del mismo Código: "Distintas clases de documentos. Son documentos los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo, y las inscripciones en lápidas, monumentos, edificios o similares."

CUADRO DE RESULTADOS

Consulta Externa: Servicio de Ortopedia y/o traumatología: TH: NC-INF: NC -DOT: NC-MED:NC -PRP: NC – HC:NC -INT: NA

Por todas las inconsistencias antes precisadas, salta a la vista y sin el menor asomo de dudas que la Clinica la Ermita de Cartagena, ha incurrido en el incumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS consistente en la no aplicación de las siguientes normas que a continuación se transcriben:

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

ARTÍCULO 40. COMPONENTES DEL SOGCS. Artículo compilado en el artículo 2.5.1.2.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.

2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

3. El Sistema Único de Acreditación.

4. El Sistema de Información para la Calidad.

ARTÍCULO 60.- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

CAPITULO II

ARTÍCULO 70. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Artículo compilado en el artículo 2.5.1.3.2.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016 Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y cientifica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Parágrafo. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

ARTÍCULO 12. AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. **Artículo compilado en el artículo 2.5.1.3.2.6 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016.**

Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

RESOLUCIÓN NÚMERO 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 servicios de salud"

Artículo 9. Responsabilidad. El prestador de servicios de salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables a ese servicio,

Numeral 8.3. del manual de la Resolución 3100: CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unos criterios mínimos para el funcionamiento de los servicios que cualquier tipo de prestador de servicios de salud habilite, a partir de los estándares de habilitación.

La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

Fiabilidad

La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

Esencialidad

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica son indispensables y necesarias para minimizar los principales riesgos propios de la atención en salud.

Sencillez

La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

8.3.1.Estándares de habilitación

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud en forma segura; se estructuran con criterios mínimos aplicables y obligatorios a los servicios que habilite cualquier prestador de servicios de salud. Los estándares de habilitación son esencialmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación de servicios de salud procura que el diseño de los criterios para cada estándar cumpla con ese principio básico y que estos apunten a controlar los riesgos asociados con la prestación de los servicios de salud.

Los estándares y sus criterios no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones y criterios para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; incluyen las condiciones indispensables para defender la vida y preservar la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia que su ausencia en la prestación del servicio implica la presencia de riesgos y/o atentan contra su dignidad y no pueden ser sustituibles por otro requisito.

Los estándares deben ser efectivos, lo que implica que los criterios que los conforman deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios y que su incumplimiento genera riesgos que atentan contra la vida y la salud de las personas. Por ello, están dirigidos al control de riesgos relacionados con la prestación de los servicios de salud.

Los estándares buscan, de igual forma, atender la seguridad del paciente, entendida como 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.

Los siete (7) estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de servicios de salud son:

1. Talento humano.

2. Infraestructura.

3. Dotación.

4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

5. Procesos Prioritarios.

6. Historia Clínica y Registros.

7. Interdependencia.

Los criterios detallan lo exigido en cada estándar dentro de cada servicio y son los elementos concretos para su interpretación.

El Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad encargada de establecer los estándares y criterios para los servicios de salud que no se encuentren contemplados en el presente manual.

El alcance de los estándares de habilitación es:

8.3.1.1. Talento Humano

Son las condiciones de talento humano requeridas para la prestación de los servicios de salud. El estándar de talento humano define el perfil o los perfiles mínimos, según aplique, que se deben garantizar para la habilitación y prestación del respectivo servicio de salud.

8.3.1.2. Infraestructura

Son las condiciones mínimas e indispensables de las áreas y ambientes de una edificación y su mantenimiento, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

8.3.1.3. Dotación

Son las condiciones mínimas e indispensables que garantizan los equipos biomédicos necesarios, así

como sus mantenimientos, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

8.3.1.4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Son las condiciones mínimas e indispensables de procesos que garantizan las condiciones de almacenamiento, trazabilidad, y seguimiento al uso de medicamentos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que utilice el prestador para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

8.3.1.5. Procesos prioritarios Es la existencia obligatoria y socialización de los principales procesos asistenciales que condicionan directamente la prestación con el menor riesgo posible en los servicios de salud.

8.3.1.6. Historia clínica y registros

Son las condiciones mínimas e indispensables que debe cumplir la historia clínica y los registros asistenciales, con el fin de garantizar la trazabilidad de la atención en salud.

8.3.1.7. Interdependencia

En este estándar se definen los servicios de salud y de apoyo los cuales son indispensables para prestar en forma oportuna y segura el servicio de salud que los requiere.

Los servicios definidos en la interdependencia de cada servicio pueden ser propios o contratados, en cualquier caso, cuando se trate de servicios de salud deben estar habilitados por una de las partes, no se permite la doble habilitación de un servicio.

Por otra parte el Decreto 2200 de 2005, que reglamenta el servicio farmacéutico, también se incumplió por parte del prestador, el cual establece el siguiente tenor.

Artículo 8°. Requisitos del Servicio Farmacéutico. El servicio farmacéutico deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

1. Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades y/o procesos que se realicen y personas que laboren.

2. Contar con una dotación, constituida por equipos, instrumentos, bibliografia y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y/o procesos que se realizan en cada una de sus áreas.

3. Disponer de un recurso humano idóneo para el cumplimiento de las actividades y/o procesos que realice.

Parágrafo. El servicio farmacéutico es un servicio asistencial y no podrá, en ningún caso, depender de la división administrativa de la institución dedicada al suministro de bienes.

El articulo 11, en su parágrafo, establece lo siguiente:

Parágrafo 3º. Las Farmacias-Droguerías, Droguerías, Agencias de Especialidades Farmacéuticas, Depósitos de Drogas y personas autorizadas, teniendo en cuenta el volumen de actividades y el número de trabajadores que laboren en estos, deberán tener una estructura acorde con los procesos que realicen; ubicación independiente; área física exclusiva, de circulación restringida y de fácil acceso: iluminación, ventilación, pisos, paredes, cielos rasos, instalaciones sanitarias y eléctricas, que permitan la conservación de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos autorizados, así como, someterse a las demás condiciones que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

Paragrafo 5:

(...) Cuando en estos establecimientos farmacéuticos se realicen operaciones de elaboración, transformación, preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis, reenvase o reempaque de medicamentos, deberán obtener el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura, otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y su dirección técnica estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Los productos allí elaborados no requieren de registro sanitario. El establecimiento farmacéutico o servicio farmacéutico institucional podrá funcionar con la autorización o habilitación por parte de la entidad territorial de salud o el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, para aquellos establecimientos a los que se les exige, según corresponda.

El Artículo 15, del precitado Decreto 2200 de 2005, en lo tocante a los Procesos del Servicio Farmacéutico, establece que: "Los procesos del servicio farmacéutico se clasifican en generales y especiales:

1. Dentro de los procesos generales se incluyen como minimo: Selección, adquisición, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos; participación en grupos interdisciplinarios; información y educación al paciente y la comunidad sobre uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos; y, destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.

2. Pertenecen como mínimo a los procesos especiales: Atención farmacéutica; farmacovigilancia; preparaciones: magistrales, extemporáneas, estériles; nutriciones parenterales; mezcla de medicamentos oncológicos; adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas; reempaque; reenvase; participación en programas relacionados con medicamentos y dispositivos médicos; realización o participación en estudios sobre el uso de medicamentos y dispositivos médicos, demanda insatisfecha, farmacoepidemiología, farmacoeconomía, uso de antibióticos, farmacia clínica y cualquier tema relacionado de interés para el paciente, el servicio farmacéutico, las autoridades y la comunidad; monitorización de medicamentos; preparaciones extemporáneas, control, dispensación y distribución de radio-fármacos; investigación clínica; y, preparación de guías para la dación o aceptación de donaciones de medicamentos y dispositivos médicos.

El Artículo 18, de la misma obra en mención, precisa en lo referente a la Distribución de Medicamentos, lo siguiente: (...)

"El servicio farmacéutico deberá determinar el sistema o los sistemas de distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos que deban implementarse en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para garantizar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deban suministrarse a los pacientes.

Ahora bien, en el caso que nos ocupa tenemos que, sin lugar a dudas la IPS en mencion, según los hechos antes precisados, originados en la visita de verificación realizada a dicho prestador el día 21 de Octubre de 2024, por parte del equipo de verificadores de esta Direccion Operativa e vigilancia y Control del DADIS, detectaron las falencias antes detalladas, constitutivas de incumplimiento al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, Decreto

1011 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016 "Decreto Único Reglamentario del Sector Salud", de cada una de las normas antes precisadas y transcritas, como también de la resolución 3100 de 2019, junto con su Manual de Procedimiento, en los artículos y numerales antes transcritos, por las razones que antes se detallaron, dada las consideraciones y hechos antes desarrollados ampliamente en este auto de apertura y de formulación de cargos.

Así mismo, cabe advertir que somos competentes para adelantar esta investigación de conformidad con las siguientes normas:

El mismo Decreto 1011 de 2006 (Compilado por el Decreto 780 de 2016), antes mencionado, señala las competencias de este territorial así:

ARTÍCULO 19. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. <Artículo compilado en el artículo 2.5.1.3.2.13 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. ARTÍCULO 19 ibidem.-. *Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 80 y 90 del presente decreto. En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto*

ARTÍCULO 21. PLAN DE VISITAS. Articulo compilado en el articulo 2.5.1.3.2.15 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. *Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones Tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.*

ARTÍCULO 22. PLANES DE CUMPLIMIENTO. Articulo compilado en el artículo 2.5.1.3.2.16 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. ARTÍCULO 22°.- *Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.*

ARTÍCULO 23. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. <Articulo compilado en el articulo 2.5.1.3.2.17 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016*. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.*

ARTÍCULO 49. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN. <Artículo compilado en el artículo 2.5.1.7.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el articulo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016>. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

ARTÍCULO 50°-ARTÍCULO 50. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. <Articulo compilado en el articulo 2.5.1.7.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016**.** Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley. previo cumplimiento del debido proceso.

ARTÍCULO 53. APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD. Artículo compilado en el artículo 2.5.1.7.5 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

ARTÍCULO 54. SANCIONES. <Articulo compilado en el articulo 2.5.1.7.6 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016> SANCIONES. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

La ley 9 de 1979 en su ARTICULO 577, referente a las sanciones, señala el siguiente tenor literal: Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

a) Amonestación;

b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios minimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;

c) Decomiso de productos;

d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y

e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Por lo anteriormente expuesto tal y como da cuenta el informe final que es parte integral de esta investigación realizada el día 21 de Octubre de 2024, resultado de la visita de verificación, se concluye la existencia de inconsistencias que fueron descritas en detalle anteriormente, las mismas que no permitieron al equipo visitador, certificar el cumplimiento los estándares de habilitación.

De ahí que resulte pertinente y razonable iniciar este proceso sancionatorio de carácter administrativo, conforme lo prevee el Decreto 1011 de 2006 (Compilado por el Decreto 780 de 2016) en contra de la IPS en mención, pues se desconoció la Resolución 3100 de 2019 y su manual de Procedimiento Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores del servicio de salud y de habilitación de servicio de salud, como también las normas contenidas en el Cabe precisar que en lo tocante a Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, se desconocieron lo atinente a la Capacidad tecnológica y científica en punto a Talento Humano; Infraestructura; Dotación; Medicamentos, Dispositivos e Insumos y Procesos Prioritarios Asistenciales en los distintos servicios verificados

En consecuencia, con ocasión de estas normas incumplidas por parte del prestador según da cuenta el informe final de verificación en mencion, se proferirá en contra del prestador PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REVHITAL IPS SAS, este acto administrativo de apertura de investigación y de formulación de cargos.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Los hechos materia de la presente investigación administrativa sancionatoria son competencia de este Despacho, conforme al Decreto 228 de 2009 Articulo 14 y Resolución 3100 de 2019. Por tanto, para verificar la ocurrencia de los hechos, determinar la conducta violatoria de la normatividad vigente y la responsabilidad del investigado, la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo de Salud-Dadis; da inicio Investigación Administrativa Sancionatoria, soportadas en el Informe Final de Visita de Verificación de fecha 21

de octubre de 2024 adelantada por el equipo de profesionales especializados de la salud, de la Dirección Operativa de Vigilancia y Control DADIS. El Despacho considera los hechos que se encuentra individualizado el prestador presuntamente responsable de las presuntas fallas incurridas. Se deja constancia que se cuenta con los siguientes documentos para la apertura de esta investigación:

Informe Final de Visita de Verificación realizada al prestador el dia 21 de octubre de 2024

Acta de Visita de la misma fecha

Acta de imposición de medida preventiva de servicios de la misma fecha

Acta de levantamiento de medidas impuesta

Por tanto, esta Dirección Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo Distrital de Salud:

RESUELVE

PRIMERO: Iniciar la investigación administrativa sancionatoria contra de la PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REVHITAL IPS SAS, y formular los siguientes cargos conforme los antecedentes de este auto.

SEGUNDO: Se estima que la PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REVHITAL IPS SAS, presuntamente ha infringido las normas que regulan el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS, en lo concerniente al Sistema Único de habilitación, contenida en la Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano, procesos prioritarios asistenciales, infraestructura y mantenimiento hospitalario; Dotación; Dispositivos médicos; Historia Clinica y Registros Asistenciales y Procesos Prioritarios Asistenciales, en los distintos servicios antes precisados y consignados en el informe de visita de verificación antes relacionado, por las por las razones anteriormente descritas.

TERCERO: Ordénese la práctica de las siguientes diligencias:

2.1 Recíbasele descargos al Representante Legal de la empresa PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REVHITAL IPS SAS , con el objeto que deponga sobre los hechos objeto de investigación, descargos que se recibirán por escrito, los cuales deberá presentar dentro de los 15 dias siguientes a la notificación del presente auto.

2.2 Téngase las siguientes pruebas documentales pertinentes para el perfeccionamiento de la presente investigación:

2.2.1 Informe de visita de verificación de condiciones de habilitación PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REVHITAL IPS SAS, llevada a cabo a dicha IPS

2.2.1.1 Acta de Visita de verificación realizado a dicha IPS

2.2.1.2 Actas de imposición de medidas preventivas a los servicios de la IPS y de levantamiento

2.2.1.3 Constancia de habilitación de la IPS investigada.

2.2.1.4 Notificación de fecha de visita de verificación a la IPS investigada

2.3 Practíquense las demás pruebas que sean necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

CUARTO: Comisionar al Dr. RODOLFO GRAU DE ÁVILA, Asesor Jurídico de la Dirección Operativa para la Vigilancia y Control del DADIS adscrito a este despacho, para que inicie y lleve hasta su terminación el presente proceso administrativo sancionatorio, y en tal sentido practique todas las diligencias ordenadas y las demás que surjan de las anteriores, sean pertinentes y tiendan a esclarecer los hechos objetos de la presente investigación.

QUINTO: Por Secretaría se adelantarán las siguientes diligencias:

4.1. Notificar personalmente a la IPS la determinación tomada en este auto, advirtiéndole que en contra de la misma no procede recurso alguno y que deberá suministrar la dirección en la cual recibirán las comunicaciones. Al Investigado se le indicará adicionalmente que tiene derecho a designar defensor.

Para tal efecto, líbrense las respectivas comunicaciones indicando la decisión tomada y la fecha de la providencia.

Alcaldía Mayor de
Cartagena de Indias

En caso de que no pudiere notificarse personalmente, se realizara la notificación según lo contemplado en el artículo 69 de la Ley 1437 de 2011.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA

Directora Operativa de Vigilancia y Control- DADIS.

Proyectó: R.G.D.

Asesor Jurídico DOVC

NOTIFICACION ELECTRONICA

Rad. No DOVC 1471 de 2024
Investigado: "Clinica la Ermita de Cartagena SAS"
Fecha de visita de Verificación: Año 2023
Informe Final de Visita de Verificación realizado a la **CLINICA LA ERMITA DE CARTAGENA PIE DE LA POPA SEDE No 1 y SEDE No 2**
Asunto: Auto que ordena Apertura de Investigación Administrativa Sancionatoria y Formulación de Cargos (Por Informe Final de Verificación)

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA, actuando en mi calidad de Directora Operativa de Vigilancia y Control de esta Secretaria de Salud Distrital, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 67, 68 y 69 de la Ley 1437 de 2011 respetuosamente me dirijo a usted con el fin de notificarle de manera electrónica el auto de apertura de investigación de fecha 22 de Noviembre de 2024, proferido a la IPS que usted representa, a través del cual se da inicio a este proceso Administrativo Sancionatorio en esta Dirección Operativa, con base en el informe de la visita de 2023 que usted representa, realizado en la dirección del prestador.

Lo anterior, con fundamento en la ley 2213 de 2022 que estableció la vigencia permanente del Decreto 806 de 2020 Art 8.

Anexo el auto de apertura en mención, el cual se envía mediante archivo PDF y anexos.

Se le informa que cuenta con 15 días hábiles, contados a partir de la notificación electrónica para presentar sus descargos por escrito al correo electrónico vycdadis@cartagena.gov.co

Atentamente

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA
Directora Operativa de Vigilancia y Control
Departamento Administrativo Distrital de Salud– DADIS.

Proyectó: R.G.D-Asesor Jurídico
DOVC-DADIS

DOVC 1473-2024 **NOTIFICACION ELECTRONICA**

Investigado: "PROFESIONALES EN REHABILITACION Y ORTOPEDIA REHVITAL IPS SAS"
Código de habilitación: 1300103256-01
DIRECCION: Barrio Tesca Viejo Mz. N L 10
TELÉFONO: 302 344469
Correo electrónico:

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA, actuando en mi calidad de Directora Operativa de Vigilancia y Control de esta Secretaria de Salud Distrital, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 67, 68 y 69 de la Ley 1437 de 2011 respetuosamente me dirijo a usted con el fin de notificarle de manera electrónica el auto de apertura de investigación de fecha 02 DE Diciembre de 2024, proferido a la IPS que usted representa, a través del cual se da inicio a este proceso Administrativo Sancionatorio en esta Dirección Operativa, con base en el informe de la visita de fecha 21 de Octubre de 2024 que usted representa, realizado en la dirección del prestador: Barrio Tesca Viejo Mz. N L 10

Lo anterior, con fundamento en la ley 2213 de 2022 que estableció la vigencia permanente del Decreto 806 de 2020 Art 8.

Anexo el auto de apertura en mención, el cual se envía mediante archivo PDF y anexos.

Se le informa que cuenta con 15 días hábiles, contados a partir de la notificación electrónica para presentar sus descargos por escrito al correo electrónico vycdadis@cartagena.gov.co

Atentamente

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA
Directora Operativa de Vigilancia y Control
Departamento Administrativo Distrital de Salud– DADIS.

Proyectó: R.G.D-Asesor Jurídico
DOVC-DADIS

Cartagena de Indias D.T. y C., 03 de diciembre de 2024

Señora
OLGA EMIRA PACHECO LORA
Policía Judicial C.T.I.
Fiscalia Local No 9 de Cartagena
Direccion: Crespo en la calle 66 No. 4-86, 2° piso,
correo electrónico: olga.pacheco@fiscalia.gov.co
teléfono 3183609188.

Asunto**: Respuesta a requerimiento EXT-AMC-24-0158267: Diligencia de carácter judicial requerida por la Fiscalía 09 Local de Cartagena Bolívar, trasladado por la Oficina de Atención al Usuario del Departamento Administrativo Distrital de Salud -DADIS en el día de ayer.**

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA, Directora Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS, por medio de la presente me permito dar respuesta a su requerimiento en el que solicita la siguiente información:

"*Se certifique si el sr LIBARDO LAMBRAÑO TORRES se encuentra registrado como cirujano plástico y entrenado para dicha profesión, igualmente que se indique si la técnica médica o procedimiento LIPOSOF se encuentra avalada para ser aplicada en Colombia. -Obtener de la base de datos pública R.E.T.H.U.S.*
Lo anterior para dar cumplimiento a la OPJ N° 10966168, solicitado por la Fiscalía 09 Local de esta ciudad, por el delito de LESIONES CULPOSAS."

Respecto a su requerimiento, debemos precisar que al consultar el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de salud, para verificar si los prestadores de servicios de salud se encuentran inscritos en nuestra jurisdicción, bien sea como prestadores independientes, IPS u Objeto Social Diferente; debemos informar que, una vez consultada la base de datos señalada, no figura que dicho nombre arriba referenciado se encuentre inscrito.

En torno a los otros interrogantes, debemos contestar que no somos competente para dar respuesta, conforme el Decreto 780 de 2016 (que recogió y compiló el Decreto 1011 de 2006).

Cordialmente,

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA

Directora Operativa de Vigilancia y Control
Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS

Proyecto: Asesor Jurídico

Cartagena de Indias D.T. y C., 06 de diciembre de 2024

Dra.:
CARMEN VELASCO
Abogada
Subdirección
Unidad De Tutelas
Correo electrónico: **unidadtutelas@cartagena.gov.co**
notificacionesjudicialesadministrativo@cartagena.gov.co

Departamento Administrativo Distrital de Salud -DADIS
E.S.D

REFERENCIA: Informe solicitado respecto del incidente de desacato promovido dentro de la Accion de Tutela adelantado ante el JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO de Bogotá, bajo el radicado 11001-33-43-060-2024-00304-00 en la que se resolvió tutelar los derechos fundamentales a la vida, salud, dignidad humana, integridad física y psicológica a la paciente Martina Florián Villegas, (C.C. 36.641.203), los cuales estaban siendo vulnerados por la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MUTUAL SER.

MARÍA PAULINA OSORIO CORTINA, directora Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena –DADIS-, a usted acudo, para efecto de dar respuesta al fallo de tutela de la referencia en el que se ordenó lo siguiente:

"*PRIMERO: Tutelar los derechos fundamentales a la vida, salud, dignidad humana, integridad física y psicológica de la ciudadana MARTINA FLORIÁN titular de la C.C. 36.641.203, los cuales se encuentran vulnerados por* ***ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MUTUAL SER.***

SEGUNDO: Para su protección, se fija el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de la presente providencia para que la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MUTUAL SER asigne a la accionante una nueva IPS de su red de prestadores de salud vigente para que continue con el tratamiento, dentro de este mismo término se le deberá realizar de manera prioritaria sus quimioterapias y deberá garantizar la continua prestación del servicio de salud de todo su tratamiento."

(...)

"*Se ordena a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Secretaría de Salud de Bogotá y al Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena de Indias iniciar las acciones administrativas en ejercicio de sus facultades de inspección*

vigilancia y control frente al cumplimiento de las órdenes impartidas en esta sentencia."

Lo anterior significa que, la entidad respecto de la cual se ordena que se adelante actuaciones de inspección, vigilancia y control es la EPS MUTUAL SER, la cual se encuentra bajo vigilancia de la Dirección Operativa de Aseguramiento de esta secretaria de Salud, y no de otra Dirección Operativa diferente.

De otra parte, es impórtate resaltar que esta Dirección Operativa de Vigilancia y Control es competente para adelantar la vigilancia exclusivamente a los prestadores del servicio de Salud de conformidad con el Decreto 780 de 2016 que recogió el decreto 1011 del 2006 y Resolución 3100 del 2019, es decir a las IPS y profesionales independientes, y no respecto de la EPS.

Razón por lo cual deberá trasladar su requerimiento a la Dirección Operativa de Aseguramiento de este ente territorial.

Atentamente,

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA
Directora Operativa de Vigilancia y Control
Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena
DADIS

Proyecto: RGD

Cartagena de Indias D.T. y C.,29 de noviembre de 2024

Señor(a)
Leydis Elieth Gutiérrez Perez
Ministerio De Salud y Protección Social
Coordinadora Formación de Talento Humano en Salud
ESD

Para contestar se cita Radicado 2024250000060111 Fecha: 2024-06-18

Radicado de esta secretaria: EXT-AMC-24-0079853

Asunto: Respuesta a Traslado de Queja proveniente del colectivo de enfermeras de esta ciudad por presunta afectación al talento humano de la IPS Davitas respecto la actividad de auxiliar de enfermería

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA, Directora Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS, por medio de la presente me permito informar que la queja en mencion se encuentra en trámite y está asignada a la profesional en salud de esta Dependencia: Maribel Muriel Orrego. Una vez finalice su tramite se redactará un informe final de queja y se notificara a ustedes y a los quejosos.

.

Cordialmente,

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA
Directora Operativa de Vigilancia y Control
Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS

Proyecto: RGD-Asesor Jurídico

Cartagena de Indias D.T. y C., 05 de Diciembre de 2024

Dra.:
MONICA JURADO
Directora Operativa de Salud Publica
Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS
ESD

REFERENCIA: Remisión de Informe de visitas realizadas a IPS con servicios habilitados de urgencias y atención del parto para verificación de disponibilidad de KIT postexposición al riesgo biológico ante las ITS, VIH, SIFILIS, VHB Y VHC, en el Distrito de Cartagena de indias en la vigencia 2024.

MARÍA PAULINA OSORIO CORTINA, Directora Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena –DADIS-, a usted con todo respeto, para remitir el informe de visitas realizado a la IPS con servicios habilitados de urgencias y atención del parto, en la que se verificó la disponibilidad de kit postexposición al riesgo biológico ante las ITS, VIH, SIFILIS, VHB Y VHC, incluida la violencia sexual y kit intraparto para la prevención de las ITS en la gestante con VIH y su menor expuesto en el distrito de Cartagena de Indias-vigencia 2024.

Anexamos las actas de visitas realizadas por el médico verificador Juan Carlos Cuentas, adscrito a esta Direccion Operativa, a las IPS relacionadas en informe adjunto, junto a las evidencias fotográficas.

Atentamente,

MARIA PAULINA OSORIO CORTINA
Director Operativo de Vigilancia y Control
Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena
DADIS

P/- R.G.D- MAG-DOVC-DADIS