ACTA DE VISITA	
Recolección de la información para:	Auditoría de la Calidad en la prestación de servicios de salud
Nombre de la Institución	Clínica Blas de Lezo S.A.
Fecha y hora	07/05/2025 – 8:30 am
Ciudad	Cartagena
Lugar	Instalaciones de la Institución

TEMAS TRATADOS

1. OBJETO DE LA VISITA:

Evaluar el cumplimiento de las características de calidad priorizadas del SOGC, basados en el decreto 1011 del 2006 con el fin de identificar con que aspectos cumple la institución, al igual que las oportunidades de mejora que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicio de salud.

2. OBSERVACIONES Y ACLARACIONES SOBRE LO SOLICITADO O VERIFICADO:

Mediante la técnica de la observación, entrevista y revisión documental, se inicia auditoria de calidad en la Clínica Blas de Lezo S.A. utilizando el I**NSTRUMENTO VISITAS AUDITORÍA DE CALIDAD 2024**, para evaluar las características de calidad del SOGC en la institución, recibe la visita la señora **Maribel Sosa Cano** jefe garantía de calidad.

Se procede a informar el objeto y modalidad de la visita donde se usa la técnica de la observación, entrevista y revisión documental.

Clínica Blas de Lezo S.A. es una institución privada, con domicilio en la TV 54 No. 47-57 CT, BOSQUE a la fecha tiene habilitado en total 75, servicios pertenecen al grupo internación, grupo quirúrgicos, al grupo consulta externa, Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y servicios del grupo atención inmediata. Su código de prestador es 1300100568 – 01, representante legal CLAUDIA FONTALVO SIMANCAS.

El prestador cuenta con los siguientes servicios habilitados, registrados en REPS y se están prestando en su totalidad:

1 2

Código Sede Prestador	Sede	Servicio	Distintivo
1300100568	01	105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	DHSS0124004
1300100568	01	106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	DHSS0124005
1300100568	01	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	DHSS0124006
1300100568	01	108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	DHSS0124007
1300100568	01	109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	DHSS0124008
1300100568	01	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	DHSS0124009

1300100568	01	120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL	DHSS0124010
1300100568	01	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0124011
1300100568	01	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0124012
1300100568	01	201 -CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	DHSS0124013
1300100568	01	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0124014
1300100568	01	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0124015
1300100568	01	205 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHSS0124016
1300100568	01	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHSS0124017
1300100568	01	208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	DHSS0124018
1300100568	01	209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHSS0124019
1300100568	01	210 -CIRUGÍA ONCOLÓGICA	DHSS0124020
1300100568	01	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0124021
1300100568	01	213 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHSS0124022
1300100568	01	214 -CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	DHSS0124023
1300100568	01	215 -CIRUGÍA UROLÓGICA	DHSS0124024
1300100568	01	231 -CIRUGÍA DE LA MANO	DHSS0124026
1300100568	01	232 -CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	DHSS0124027
1300100568	01	234 -CIRUGÍA DE TÓRAX	DHSS0124029
1300100568	01	235 -CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	DHSS0124030
1300100568	01	245 -NEUROCIRUGÍA	DHSS0124032
1300100568	01	301 -ANESTESIA	DHSS0124033
1300100568	01	302 -CARDIOLOGÍA	DHSS0124034
1300100568	01	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0124035
1300100568	01	306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0124036
1300100568	01	309 -DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	DHSS0124038
1300100568	01	312 -ENFERMERÍA	DHSS0124039
1300100568	01	316 -GASTROENTEROLOGÍA	DHSS0124040
1300100568	01	321 -HEMATOLOGÍA	DHSS0124042
1300100568	01	323 -INFECTOLOGÍA	DHSS0124043
1300100568	01	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0124044

1300100568	01	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0124045
1300100568	01	330 -NEFROLOGÍA	DHSS0124046
1300100568	01	331 -NEUMOLOGÍA	DHSS0124047
1300100568	01	332 -NEUROLOGÍA	DHSS0124048
1300100568	01	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0124049
1300100568	01	336 -ONCOLOGÍA CLÍNICA	DHSS0124050
1300100568	01	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHSS0124051
1300100568	01	340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHSS0124052
1300100568	01	342 -PEDIATRÍA	DHSS0124053
1300100568	01	355 -UROLOGÍA	DHSS0124054
1300100568	01	361 -CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0124056
1300100568	01	362 -CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	DHSS0124057
1300100568	01	363 -CIRUGÍA DE MANO	DHSS0124058
1300100568	01	366 -CIRUGÍA DE TÓRAX	DHSS0124059
1 2			

1 2

Código Sede Prestador	Sede	Servicio	Distintivo
1300100568	01	367 -CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	DHSS0124060
1300100568	01	368 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	DHSS0124061
1300100568	01	369 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHSS0124062
1300100568	01	384 -NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0124063
1300100568	01	385 -NEONATOLOGÍA	DHSS0124064
1300100568	01	386 -NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0124065
1300100568	01	387 -NEUROCIRUGÍA	DHSS0124066
1300100568	01	388 -NEUROPEDIATRÍA	DHSS0124067
1300100568	01	391 -ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0124068
1300100568	01	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0124070
1300100568	01	709 -QUIMIOTERAPIA	DHSS0124071

1300100568	01	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0124072
1300100568	01	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0124073
1300100568	01	742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR	DHSS0124078
1300100568	01	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0124079
1300100568	01	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0619792
1300100568	01	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	DHSS0124080
1300100568	01	747 -PATOLOGÍA	DHSS0124081
1300100568	01	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHSS0124083
1 2			

Se realiza revisión documental, entrevista a colaboradores, verificación visual, entre otros. Se evidencian los siguientes hallazgos en cuanto a los criterios de calidad evaluados:

A. ACCESIBILIDAD:

1. El prestador Clínica Blas de Lezo S.A. cuenta con procesos y procedimientos documentados (manuales, protocolos, instructivos, formatos) codificados y actualizados de los procesos de atención de urgencias, hospitalización, cirugía, consulta externa y procesos de apoyo diagnostico ofertados por la institución. Los cuales se pueden consultar en la plataforma institucional y se realiza revisión y actualización de acuerdo a los tiempos establecidos.

2. La Institución tiene estandarizado un procedimiento estandarizado para la identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar. El cual se encuentra socializado con fecha de 19/10/2024. Se verifica el kit para la atención a víctimas de violencia sexual.

3. Las remisiones observadas en la institución están motivadas por la solicitud de servicios que no son ofrecidos por la misma, o bien, por el modelo de contratación establecido con el responsable de pago. Actualmente hay 20 pacientes en remisión a servicios y especialidades que no están habilitadas en la institución y se verifica la gestión y trazabilidad de las remisiones.
4. La IPS tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas, solicitud de medicamentos o de aquellos servicios que no requieran cita previa para su realización.
5. La IPS. tiene un modelo de atención definido “Modelo de atención institucional - enfocado en la humanización” y rutas integrales de atención en salud constituidas y operativas, se realiza socialización el día 24 de enero 2025.
6. La IPS dispone de pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis B, las cuales en cumplimiento de la resolución 1314 de 2020, la interpretación de los resultados debe ser entregados en formato especifico en forma inmediata a la lectura de la prueba.

B. CONTINUIDAD:

1. La IPS cuenta con un proceso de referencia y contrarreferencia documentado y socializado a los funcionarios responsables, con fecha de actualización 10/03/2025, la última socialización realizada a los funcionarios responsables fue el día 13/07/2024. Proporciona pautas sobre los criterios de remisión, los procedimientos a seguir y otros aspectos relacionados con el proceso de remisión.
2. La Clínica Blas de Lezo S.A." cuenta con un procedimiento que permitan manejar la información unificada de cada paciente mediante el Software "HOSVITAL" el cual cuenta con la opción de cargue de documentos externos (descripciones quirúrgicas, consentimientos informados, atención domiciliaria por enfermería).
3. La IPS ha desarrollado un plan de contingencia detallado para abordar situaciones como el cierre de servicios, eventos catastróficos y fallas en el sistema. Documentado "gestión de contingencias", actualizado y compartido con todo el personal para su conocimiento y aplicación efectiva. Dispone de una planta eléctrica (250 KVA) que garantiza la continuidad del servicio en toda la clínica, se realizó mantenimiento el día 19/03/2025. Para garantizar el suministro de agua la (IPS) cuenta con un sistema de almacenamiento de agua, se verifica certificado de lavado y desinfección de tanques con fecha de vigencia hasta el día 19/07/2025.

C. OPORTUNIDAD:

1. La IPS cuenta con un sistema de asignación de citas con base en la resolución 1552 de 2010, a través de los canales telefónicos a través de línea telefónica 605 4351714 y celular 333 6025199. Se realiza llamada como cliente oculto y responden.
2. **La IPS No dispone de agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año como lo establece la resolución 1552.** Se verifica vía telefónica disponibilidad de agendas para consulta de control por ortopedia y solo se dispone abierta hasta el mes de junio.
3. Se verifica la oportunidad en la asignación de citas del mes marzo para las especialidades básicas

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Oportunidad de la consulta de Pediatría	263	45	5,8
Oportunidad de la consulta de Ginecología	1147	169	6,8
Oportunidad de la consulta de Ortopedia	9609	375	25,6
Oportunidad de la consulta de Cirugía General	1383	172	8

4. la IPS realiza reporte de indicadores del Sistema de información de calidad-resolución 0256/16, se verifica pantallazo de reporte del primer trimestre del año, último reporte realizado fue el correspondiente al I trimestre de 2025, realizado el día 24/01/2025.
5. La IPS tiene documentado el procedimiento a seguir para determinar la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados,

de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención a los usuarios.

6. La institución cuenta con 2 quirófanos, en el servicio de cirugía se verifica Cuantos pacientes hay pendientes para realización de cirugías electivas o programadas de gastroenterología, ortopedia, de cirugía general, oncología, entre otras, 9 procedimientos en el quirófano 1 y 13 procedimientos en el quirófano 2 al momento de la visita. Se realizo la verificación de paquetes quirúrgicos y consentimientos informados los cuales se encontraban debidamente diligenciado.
7. La IPS realiza seguimiento al indicador de cancelación de cirugías debido a causas atribuibles a la institución, en el mes de marzo se cancelaron 2 de 555 programadas, para un 0,4 %.

D. PERTINENCIA:

1. El prestador cuenta con un protocolo de antibiótico documentado y socializado con participación del equipo interdisciplinario de la IPS, para la definición de antibiótico si la situación lo requiere y además están en implementación del PROA. Se realizo la actualización del comité en diciembre del 2024 y actualización del protocolo. Se evidencia seguimiento a los indicadores de PROA, se tiene establecido la dosis diaria permitida de antibiótico, consolidado por servicio de UCI y hospitalización y detalles de microbiología. Se evidencia soporte de capacitación al talento humano sobre IASS y PROA el 28/11/2024.
2. Cuentan con adopción de guías de práctica clínica del *Ministerio de salud y protección social* para las patologías que constituyen las primeras causas de consulta por lo que están directamente relacionadas con el perfil epidemiológico de la institución, de igual manera se tienen guías propias establecidas por servicio o especialidad y están disponibles para consulta en cualquier momento en la plataforma institucional DARUMA.
3. La IPS cuenta con un cronograma mensual para la evaluación de la adherencia a guías clínicas, en el cual se revisan historias clínicas seleccionadas de manera aleatoria. Se realizo medición de adherencia de los meses de enero y febrero 2025, se evaluaron las guías de Aborto espontaneo incompleto, anemia de tipo no especificado, COVID 19. Los encargados del proceso son 3 auditores y la auditora científica.
4. La IPS tiene un Comité de Historias Clínicas que se reúne mensual para analizar el estado y la calidad de las historias clínicas, se auditaron 20 historias clínicas priorizando los diagnósticos de Hemorragias Gastrointestinales y Falso Trabajo de Parto, en marzo se realizó evaluación de 50 historias clínicas, con cumplimiento consolidado de 97%.
5. La IPS cuenta con un perfil epidemiológico que describe el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo, este detalla las enfermedades y condiciones de salud más comunes entre los pacientes que acuden a la institución. Que ayudan a identificar patrones, tendencias y necesidades de salud específicas de la población atendida, actualizado anualmente, última actualización en mayo del 2024.
6. Se Verifica la disponibilidad de la Guía de atención de dengue actualizada, socializada frecuentemente, La IPS cuenta con un plan para la vigilancia y control del Dengue, en línea y/o conforme a lo establecido en la Circular 013 de 2023. Incluye una ruta de atención, pautas y protocolo para su manejo. La última acta de socialización sobre "Manejo de Dengue" es del 10 de marzo de 2025.
7. La institución tiene implementado la obligatoriedad del curso Diagnostico y manejo clínico del dengue ofertado por el campus virtual de OPS. Se

encuentran certificados el 100% de los profesionales Médicos (58), Enfermeras (37) Pediatras (8), Bacteriólogos (9). Actualmente se solicita la certificación a todo profesional que ingresa.

E. SATISFACCION:

1. El prestador cuenta con un procedimiento de PQRSF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones) que garantiza la respuesta oportuna a los requerimientos de los usuarios documentado. Los planes de mejora relacionados con las quejas se socializan en el Comité de Calidad, la IPS realiza y comunica acciones de mejoramiento continuo frente a las PQRSF. En relación con el principal motivo de queja presentado, la IPS implementó un plan de mejoramiento articulado enfocado informando pacientes que tengas más de 24 horas en observación priorizan esos pacientes.
2. Existe un procedimiento de apertura de buzón de sugerencias, documentado y conocido por el personal de atención al usuario. Se realiza apertura del buzón los días miércoles con atención al usuario. Los buzones se encuentran ubicados en todos los servicios de la IPS, se verifican actas de apertura de marzo y primera semana de abril.
3. A los usuarios atendidos se les aplica encuestas para evaluar la calidad de la atención prestada y estas son estudiadas. La satisfacción global del mes de marzo fue del 96.5%, se tomó una muestra de 335 pacientes, por lo general se toma el 80% de los usuarios atendidos el mes anterior.
4. La IPS cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes publicada en los servicios y se realizan socializaciones a usuarios en salas de espera.
5. La IPS tiene un proceso y formato establecido para el consentimiento informado de los usuarios al momento de realizar un procedimiento.

F. SEGURIDAD:

1. Cuenta con un proceso de verificación de las hojas de vida de los profesionales de salud que cuenten con la documentación que acredita la profesión que ejercen y que están vinculados al cargo como tal acreditado. Se realiza verificación de hojas de vida: enfermeros, Médicos generales, Auxiliar de enfermería, cuentan con los certificados y diplomas que certifican sus estudios profesionales, técnicos y especializados, además de certificados de cursos obligatorios.
   La IPS cuenta con un programa de seguridad del paciente donde están definidas las políticas, alineadas con la plataforma estratégica de la institución. Se evidencia documentado el programa, la política de seguridad del paciente, Protocolo de Londres, reporte y gestión de eventos adversos, planes de mejora, comité de seguridad que se reúne mensualmente, se evidencian actas de Capacitaciones, sobre Seguridad del paciente y Prevención de IASS durante el primer semestre del 2024.

   Se verifican las estrategias de seguridad y monitoreo que implementa el prestador para garantizar la seguridad y evitar la ocurrencia de incidentes y eventos asociados a la atención:

- *Detección, prevención y disminución del riesgo de infecciones en la atención:* en conjunto con infectología se hace capacitaciones sobre lavado de manos, técnicas asépticas, aplicación segura de medicamentos.

- *Mejora en la seguridad de los medicamentos:* Se tiene una estrategia de administracion segura de medicamentos, donde se tiene en cuenta la identificación de los correctos.
- *Identificación de pacientes:* Pacientes son identificados con manillas de identificación, tablillas de identificación y se marcan los riesgos con stikert de colores amarillo y rojo de acuerdo al riesgo.
- *Seguridad en procedimientos quirúrgicos:* Se aplica lista de chequeo administrativo y asistencial antes, durante y después de los procedimientos.
- *Reducción y prevención de caídas:* Clasificacion del riesgo de caídas, se aplica la escala de NORTON al ingreso a cada servicio y semanal en estancias hospitalaria.
- *Prevención de úlceras de presión:* Se cuenta con la clasificacion del riesgo que se identifica en las manillas y tablero de identificación.
- *Prevención complicaciones asociadas a la disponibilidad de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea:* Se hace hemovigilancia con cruz roja, se hace prueba de rastreo y pruebas de seguimiento a pacientes para identificar si han sido poli transfundidos. Se hace seguimiento durante la transfusión por medico general y se registran en historia clínica, además tienen comité de transfusiones.

2. La institución tiene programa de formación continua para todo el personal, se evidencia cronograma para el año 2025.
3. Cuenta con un protocolo de identificación y clasificación de usuarios para el riesgo de caídas. Integrada al sistema de información, escala que aplican para valorar el riesgo de caídas J.H DOWTON para adultos y Humpty Dumpty para niños.
4. La IPS se encuentra implementando el PAMEC 2025 con enfoque de Acreditación y se identifican los riesgos a través de la evaluación de los procesos críticos para la atención de los usuarios. Hasta la fecha se ha llevado a cabo autoevaluación, priorización de procesos y el plan de actividades. En cuanto al PAMEC 2024, la ejecución fue dé 98%, se verifica soporte de cargue 20 de febrero del 2025 de acuerdo con la circular 012.
5. La IPS cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión. Se realiza reporte a SIVIGILA, durante el mes de febrero 2025 se notificaron 169 EISP, se registró un aumento de casos de dengue para un total 137, 13 casos APTR, 5 casos de intentos de suicidios, 4 casos de leptospirosis, 1 caso de dengue grave, 2 casos de intoxicación y MME. 1 caso de ISO, TBC, VIH y violencia de genero
6. La IPS cuenta con un protocolo de identificación y clasificación de usuarios para el riesgo de caídas, la escala que utilizada en la institución es la de DOWNTON.
7. Cuentan con un protocolo de lavado de manos documentado, se evidencia socializaciones y mediciones de adherencia a la técnica del lavado en febrero 74,5% y en marzo77,2%.
8. Existe un programa de farmacovigilancia, tecnovigilancia documentada, así como el comité de farmacia y terapéutica que se reúne mensualmente.
9. La IPS dispone de concepto sanitario vigente hasta el 24/05/2025, donde se evidencia que es favorable el 100% y cumple con todos los requisitos exigidos.
10. La IPS cuenta con un protocolo de Bioseguridad actualizado y documentado, ultima socialización (01/08/2024). Durante la inspección general, se constató que las habitaciones están enumeradas, los pisos y paredes en general se encuentran limpios. Las rampas están equipadas con superficies antideslizantes para seguridad. Se identificó correctamente a los pacientes con algún tipo de aislamiento. Además, los tableros de identificación están debidamente marcados, y las manillas de identificación están colocadas, con etiquetas que indican alergias y alta probabilidad de caída.

11. La IPS cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud y otras actividades (PGIRASA) implementado y realiza periódicamente capacitaciones y auditoria al cumplimiento del mismo.
12. La IPS tiene conformado el comité de calidad, comité de vigilancia epidemiológica y comité de ética hospitalaria, que se reúnen mensualmente. Se verifican actas de reuniones durante el primer trimestre del 2025.

.

COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA
La RESOLUCION 13437 DE 1991 adopta como postulados básicos el propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, además de garantizar a todo paciente sus derechos.

Fecha de conformación: 01/03/2009
Integrantes Comité: director científico, coordinador médico, coord. De enfermería, represéntate de asociación de usuarios y comunidad.
Fecha de actualización de comité: actualizada en 30/08/2022
Soporte de actas: Se evidencian actas del trimestre
Reporte de actas al ente territorial: **No hay evidencias de reportes a la entidad territorial de las actas de comité de ética de manera trimestral, como lo establece la norma.**

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (IPSs)	***DETECTADOS***	**GESTIONADOS**		**OBSERVACIONES**
		EN PROCESO	**RESUELTO**	
Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	4	0	4	
Flebitis	5	0	5	
Caída de pacientes en el servicio de hospitalización	11	0	11	No prevenibles
Ulceras por presión	1	0	1	Prevenible

3. ENTREGA DE MATERIALES DE EVIDENCIA:

Se verifico los siguientes documentos como evidencia:

- Protocolos y Guías de práctica clínica
- Manuales y Procedimientos
- Modelo de atención
- Capacidad Instalada
- Hojas de vida del talento humano
- Evidencias de socializaciones
- Actas de Comité

4. RESUMEN DE HALLAZGOS Y OBSERVACIONES:

Durante visita de calidad se establece un cumplimiento del **96%,** donde se identifican los siguientes hallazgos objeto de plan de mejoramiento.

Ítem Evaluado	Observaciones
Oportunidad	La IPS No dispone de agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año como lo establece la resolución 1552.
Comité de Ética Hospitalaria	No hay evidencias de reportes a la entidad territorial de las actas de comité de ética de manera trimestral, como lo establece la norma.

Teniendo en cuenta la RESOLUCION 13437 DE 1991 Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria, adopta como postulados básicos el propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios, el prestador debe hacer el envio de las actas de reuniones realizadas durante cada trimestre a la entidad territorial, al correo electrónico dadispqr@cartagena.gov.co.

Se debe Elaborar un plan de mejora con acciones medibles que permitan subsanar los hallazgos identificados a corto plazo, este debe ser enviado mediante correo electrónico en los próximos **8 días hábiles.**

Personas que intervienen en la visita

NOMBRES	INSTITUCION-CARGO
 **JULIE P. CASSIANI TEJEDOR**	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO DOPS - DADIS**
 **MARIBEL SOSA CANO**	**JEFE GARANTÍA DE CALIDAD – CLÍNICA BLAS DE LEZO S.A.**



Elaboró: Carlos A. Escobar Torres P.E. Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:
Revisó: María Paulina Osorio Cortina Directora Operativa Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:
Aprobó: Jorge Correa Rosales Director DADIS Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma: