RYF S.A.S
Consultoría, Auditoría e Interventoría

[redacted]

# ACTA DE REUNIÓN No. DOT - 0010

**RESPONSABLEDELAREUNIÓN:** Ingeniero Biomédico - Fernando Andrés valencia Rubiano

**FECHA:** 22 de septiembre de 2025. **VIRTUAL:** ___ **PRESENCIAL:** __X__ **LUGAR:** Hospital Cardiovascular de Cundinamarca

**OBJETIVO DE LA REUNIÓN:** Realizar la visita de interventoría al Hospital Cardiovascular de Cundinamarca del Componente de Dotación

**HORA DE INICIO:** 8:00 AM **HORA DE FINALIZACIÓN:** 5:00 PM

## LISTADO DE ASISTENTES:

| Nº | NOMBRE | CEDULA | DEPENDENCIA | CARGO | E-MAIL | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | David Fernando Romero Mesa | 1.015.433.944 | Ingeniería Biomédica | Coord. Ingeniera Biomédica | Biomedicos@hccsa.com.co | 310 763 1098 | |
| 2 | Fernando Andrés valencia Rubiano | 1.070.598.931 | Interventoría | Ing. Biomédico | interventoriahcc@gmail.com | 310 265 1114 | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |



Powered by CamScanner

## 1. TEMAS A TRATAR

Realizar la visita de interventoría a los servicios:

- 105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL, habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131301 (4 camas) – mediana
- 106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131302 (2 camas) - mediana
- 107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131303 (10 camas) - mediana
- 108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131304 (4 camas) - alta
- 109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131305 (6 camas) - alta
- 110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131306 (8 camas) - alta
- 120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131307 (4 camas) – baja

El presente proceso de interventoría se ejecuta al contrato UT HCC – 250714 - 095754. Contrato de Concesión Para la dotación Operación y/o administración del nuevo Hospital de Soacha. Suscrito entre la secretaria de Salud de Cundinamarca y la unión temporal Hospital Cardiovascular de Cundinamarca.

La visita es atendida por el siguiente personal designado por Hospital Cardiovascular de Cundinamarca:

- Coordinador de ingeniería biomédica - El Ing. David Fernando Romero Mesa

## 2. DESARROLLO DE LA REUNION O DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS

### A- Validación del estado del prestador ante el REPS

Tras verificar en el Reps los horarios y la modalidad declarada de los servicios objeto de estudio se puede evidenciar que:

**105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL, habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131301 (4 camas) – mediana**

SERVICIO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Grupo | Internación | | | | | Número Distintivo de Habilitación del Servicio | DHSS0131301 |
| Servicio | 105-CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | | | | | | |
| Horarios | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 |

Intramural

| Intramural |
|---|
| SI |

Extramural

| Modalidad extramural Unidad móvil | Modalidad extramural Domiciliario | Modalidad extramural Jornada de salud | Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH |
|---|---|---|---|
| NO | NO | NO | |

Modalidades: Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

| Telemedicina interactiva | Telemedicina no interactiva | Tele experticia | Tele monitoreo |
|---|---|---|---|
| NO | NO | NO | NO |

Telemedicina Prestador de Remisor

| Tele experticia | Tele monitoreo |
|---|---|
| NO | NO |

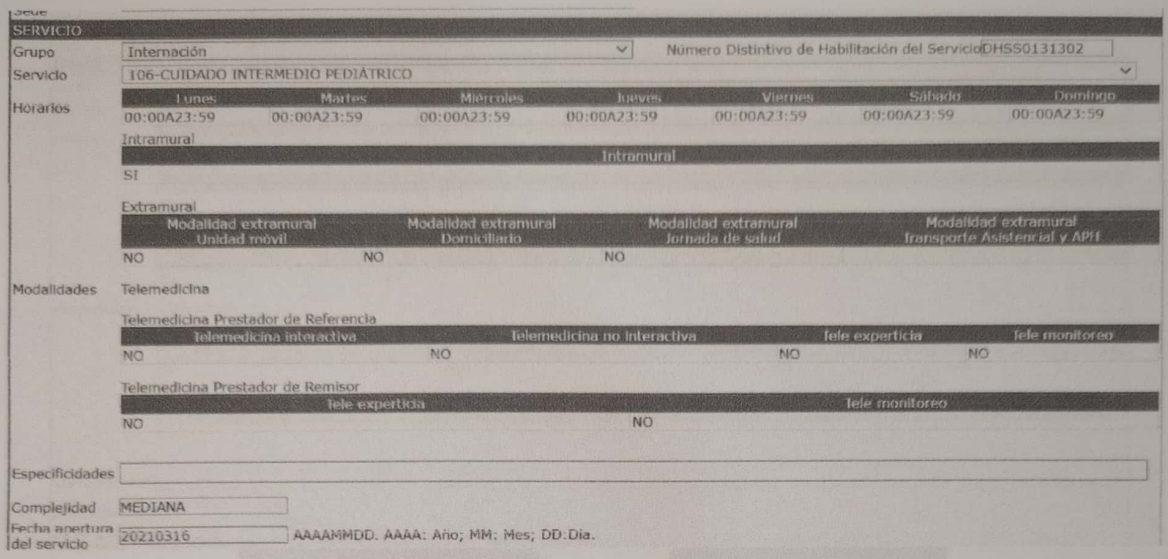
| | |
|---|---|
| Especificidades | |
| Complejidad | MEDIANA |
| Fecha apertura del servicio | 20210316 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día. |

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de



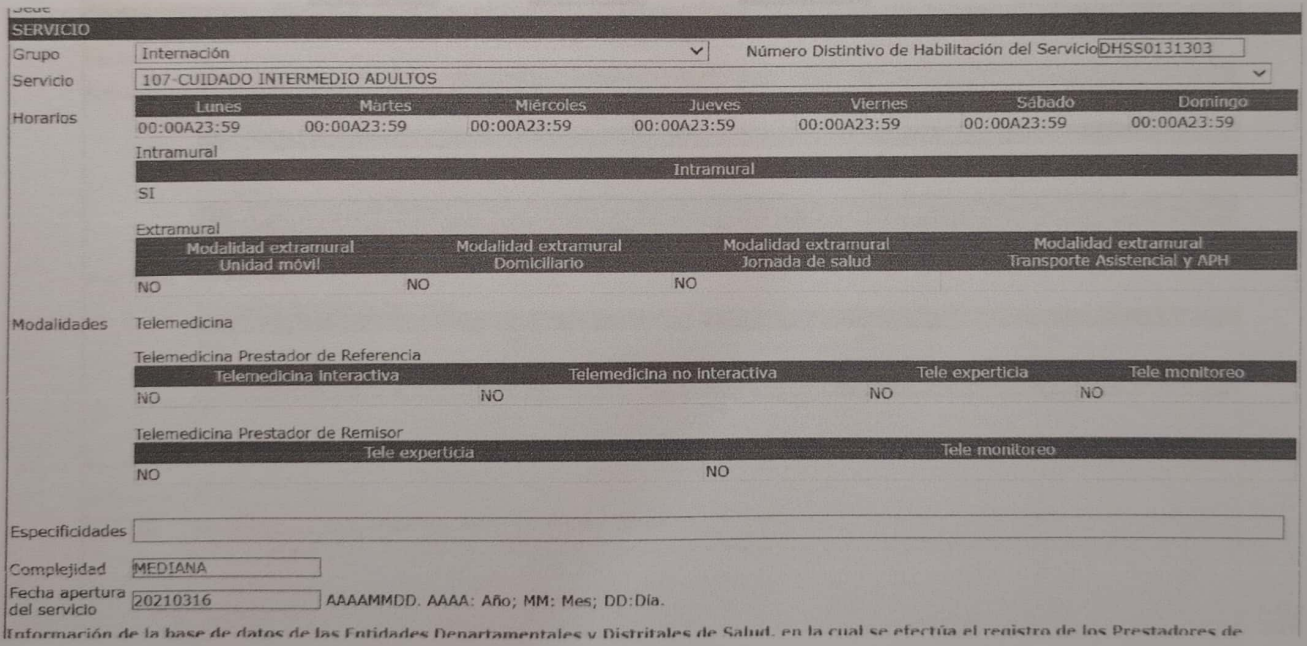
Powered by CamScanner

## 106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131302 (2 camas) – mediana



| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIO | | | | | | | |
| Grupo | Internación | | | Número Distintivo de Habilitación del Servicio | DHSS0131302 | | |
| Servicio | 106-CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO | | | | | | |
| Horarios | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 |
| Intramural | | | | | | | |
| | Intramural | | | | | | |
| | SI | | | | | | |
| Extramural | | | | | | | |
| | Modalidad extramural Unidad móvil | | Modalidad extramural Domiciliario | | Modalidad extramural Jornada de salud | | Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH |
| | NO | | NO | | NO | | |
| Modalidades | Telemedicina | | | | | | |
| | Telemedicina Prestador de Referencia | | | | | | |
| | Telemedicina interactiva | | Telemedicina no interactiva | | Tele experticia | | Tele monitoreo |
| | NO | | NO | | NO | | NO |
| | Telemedicina Prestador de Remisor | | | | | | |
| | Tele experticia | | | | Tele monitoreo | | |
| | NO | | | | NO | | |
| Especificidades | | | | | | | |
| Complejidad | MEDIANA | | | | | | |
| Fecha apertura del servicio | 20210316 | AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día. | | | | | |

## 107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131303 (10 camas) – mediana



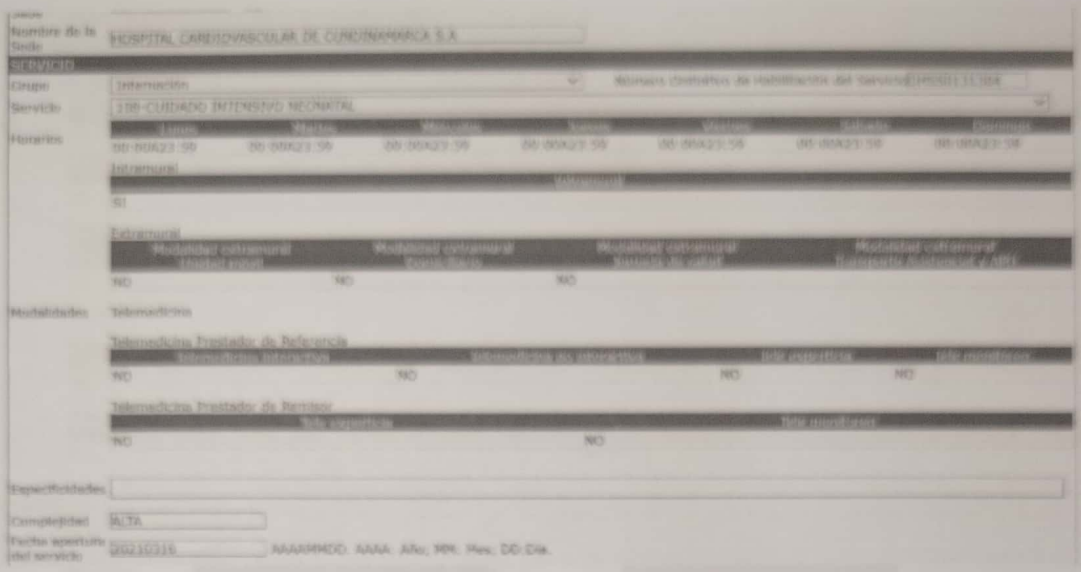
| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIO | | | | | | | |
| Grupo | Internación | | | Número Distintivo de Habilitación del Servicio | DHSS0131303 | | |
| Servicio | 107-CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS | | | | | | |
| Horarios | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 | 00:00A23:59 |
| Intramural | | | | | | | |
| | Intramural | | | | | | |
| | SI | | | | | | |
| Extramural | | | | | | | |
| | Modalidad extramural Unidad móvil | | Modalidad extramural Domiciliario | | Modalidad extramural Jornada de salud | | Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH |
| | NO | | NO | | NO | | |
| Modalidades | Telemedicina | | | | | | |
| | Telemedicina Prestador de Referencia | | | | | | |
| | Telemedicina interactiva | | Telemedicina no interactiva | | Tele experticia | | Tele monitoreo |
| | NO | | NO | | NO | | NO |
| | Telemedicina Prestador de Remisor | | | | | | |
| | Tele experticia | | | | Tele monitoreo | | |
| | NO | | | | NO | | |
| Especificidades | | | | | | | |
| Complejidad | MEDIANA | | | | | | |
| Fecha apertura del servicio | 20210316 | AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día. | | | | | |

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de

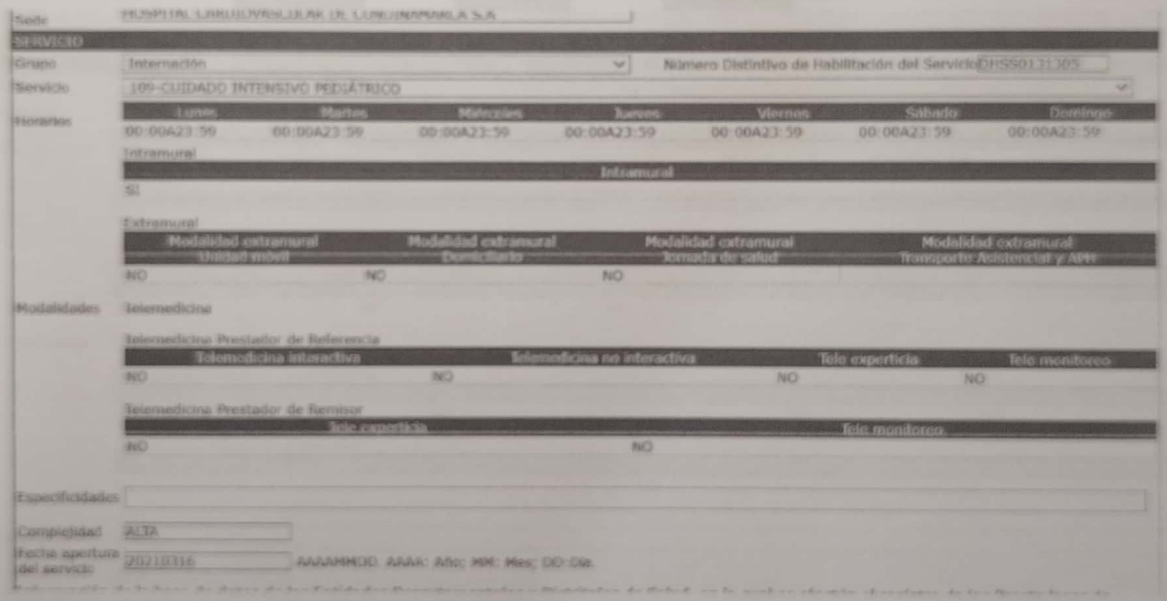


Powered by CamScanner

108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131304 (4 camas) – alta



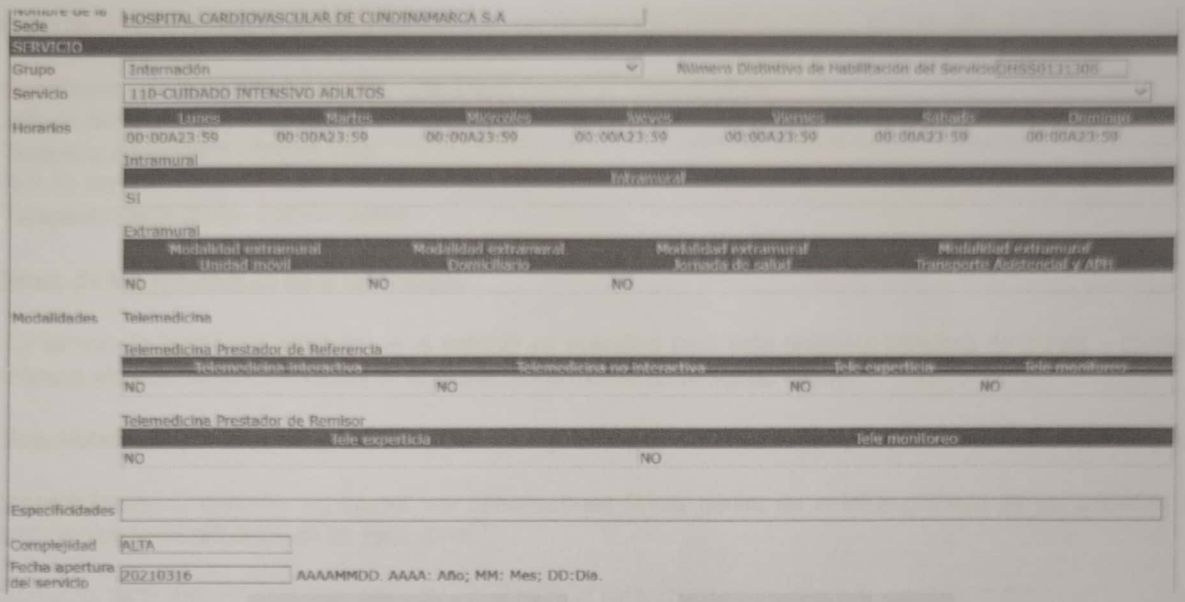

109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131305 (6 camas) – alta



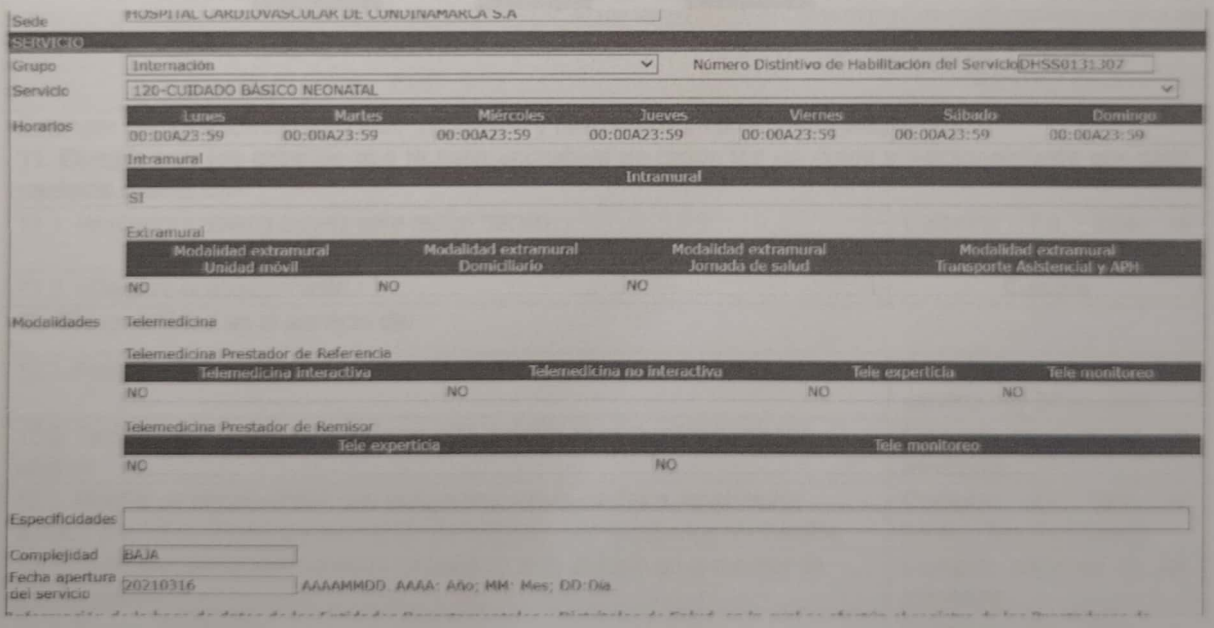



Powered by CamScanner

110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131306 (8 camas) – alta




120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL habilitado mediante el distintivo N°DHSS0131307 (4 camas) – baja






Powered by CamScanner

**B- Recorrido por el(los) servicio(s) objeto de estudio.**

Dentro de la fecha señalada, se realiza el recorrido por los servicios objeto de estudio en compañía del siguiente personal:

- Coordinador de ingeniería biomédica - Ing. David Fernando Romero Mesa
- Jefe de servicio - Elsy Rodriguez
- Terapeuta respiratoria - Angela Yara
- Jefe de servicio - Cielo Rincon
- Terapeuta Respiratorio - Camilo castillo

- **Estado de funcionamiento de la tecnología.**

- La tecnología biomédica presente en el servicio es operativa pero esta presenta deterioro de partes y componentes. Se evidencia alto porcentaje de fracturas en el chasis de los monitores de signos vitales.

- Se evidencia alto porcentaje de oxido en el mobiliario presente en el servicio tales como: atriles, mesas de mayo y escalerillas.

**Observaciones:** El operador no cuenta con delimitaciones físicas dentro de la infraestructura de las unidades cerradas de atención para la identificación de los tipos de UCI`s

- **Existencia de la dotación mínima requerida con base al estándar de dotación por servicio definido en la resolución 3100 de 2019.**

| **NORMATIVIDAD APLICADA:** Resolución 3100 de 2019 | |
|---|---|
| **SERVICIO:** 11.4.3 SERVICIO DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL**4 camas** | |
| **CRITERIO** | **RESULTADO** |
| **Estándar de dotación Modalidades intramural y telemedicina - prestador remisor**<br>**11. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente por cada paciente cuenta con:** | |
| 11.1. Incubadora abierta o cuna para recién nacido. | **Cumple:** En todo el servicio hay 19 equipo. |
| 11.2. Silla para el acompañante. | **Cumple** |
| **12. Disponibilidad en el servicio de:** | |
| 12.1. Fonendoscopio neonatal. | **Cumple:** En todo el servicio hay 24 equipos. |
| 12.2. Tensiómetro neonatal (cuando no esté incluido en el monitor de signos vitales). | **Cumple:** presente en los monitores. |
| 12.3. Monitor de signos vitales que incluya frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial no invasiva y saturación de oxígeno, con accesorios neonatales. | **Cumple:** En todo el servicio hay 24 equipos. |
| 12.4. Oxímetro con sensor neonatal (cuando no esté incluido en el monitor de signos vitales). | **Cumple:** presente en los monitores. |
| 12.5. Bomba de infusión. | **Cumple:** En todo el servicio hay 15 equipos. |
| 12.6. Resucitador pulmonar manual neonatal. | **Cumple** |
| 12.7. Carro de paro. 12.8. Glucómetro | **Cumple** |
| 12.9. Monitor neonatal de transporte. | **Cumple** |
| 12.10. Incubadora neonatal de transporte | **Cumple** |
| 12.11. Ventilador neonatal de transporte | **Cumple:** el equipo está asignado al servicio de |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| | terapias |
| 12.12. Lámpara de fototerapia | **Cumple:** En todo el servicio hay 5 equipo. |
| 12.13. Báscula para bebés. | **Cumple:** En todo el servicio hay 1 equipo. |
| 12.14. Tallímetro – infantómetro. | **Cumple** |
| 12.15. Cinta métrica. | **No Cumple** |
| 12.16. Pesa pañales. | **Cumple:** En todo el servicio hay 7 equipo. |
| 12.17. Electrocardiógrafo, que permita su impresión, si no está incluida en el monitor de signos vitales. | **Cumple:** personal reporta que el equipo es trasladado de cardiología y/o UCIP. |
| 12.18. Equipo de órganos de los sentidos. | **Cumple:** En todo el servicio hay 1 equipo. |
| 12.19. Oxígeno medicinal que puede ser suministrado mediante salida de oxígeno medicinal o mediante oxígeno medicinal portátil. | **Cumple** |
| 12.20. Succión. Puede ser suministrado mediante sistema de vacío o mediante aspirador | **Cumple** |

| **NORMATIVIDAD APLICADA:** Resolución 3100 de 2019 | |
|---|---|
| **SERVICIO:** 11.4.4 SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL**4 camas** | |
| **CRITERIO** | **RESULTADO** |
| Estándar de dotación<br>Complejidad mediana Modalidades intramural y telemedicina - prestador remisor<br>12. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente por cada paciente cuenta con: | |
| 12.1. Incubadora cerrada o cuna para recién nacido. | **Cumple:** En todo el servicio hay 19 equipo. |
| 12.2. Monitor de signos vitales que incluya frecuencia cardiaca, respiratoria y tensión arterial no invasiva y saturación de oxígeno con accesorios neonatales. | **Cumple:** En todo el servicio hay 24 equipo. |
| 12.3. Bomba de infusión. | **Cumple:** En todo el servicio hay 15 equipo. |
| 12.4. Oxímetro, cuando no esté incluido en el monitor de signos vitales. | **Cumple:** presente en los monitores. |
| 12.5. Fonendoscopio neonatal. | **Cumple:** En todo el servicio hay 24 equipo. |
| 12.6. Silla para el acompañante. | **Cumple** |
| 12.7. Resucitador pulmonar manual neonatal. | **Cumple** |
| **13. Disponibilidad de:** | |
| 13.1. Carro de paro. | **Cumple** |
| 13.2. Equipo de rayos x portátil. | **Cumple** |
| 13.3. Glucómetro. | **Cumple** |
| 13.4. Monitor de transporte con accesorios neonatales. | **Cumple** |
| 13.5. Incubadora de transporte. | **Cumple** |
| 13.6. Ventilador neonatal de transporte que cuenta mínimo con:<br><br>13.6.1. Sistemas de presión positiva continua en vía aérea (CPAP). | **Cumple:** el equipo está asignado al servicio de terapias |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 13.6.2. Humidificador con control de temperatura.<br>13.6.3. Oxígeno medicinal<br>13.6.4. Mezclador de gases medicinales<br>13.6.5. Sistema de alarmas audibles y visuales.<br>13.6.6. Batería | |
| 13.7. Lámpara de fototerapia. | **Cumple:** En todo el servicio hay 5 equipo. |
| 13.8. Báscula para bebés. | **Cumple:** En todo el servicio hay 1 equipo. |
| 13.9. Tallímetro o infantometro. | **Cumple** |
| 13.10.Cinta métrica. | **No Cumple** |
| 13.11.Pesa pañales | **Cumple** |
| 13.12.Electrocardiografía neonatal con tres derivaciones, que permita su impresión, si no está incluida en el monitor de signos vitales. | **Cumple:** personal reporta que el equipo es trasladado de cardiología y/o UCIP. |
| 13.13.Equipo de órganos de los sentidos. | **Cumple:** En todo el servicio hay 1 equipo. |
| 13.14.Bomba de infusión de jeringa. | **Cumple** |
| 13.15.Incubadora abierta. | **Cumple:** En todo el servicio hay 5 equipo. |

| **NORMATIVIDAD APLICADA:** Resolución 3100 de 2019 | |
|---|---|
| **SERVICIO:** 11.4.5 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL - **4 cunas** | |
| **CRITERIO** | **RESULTADO** |
| Estándar de dotación<br>Complejidad alta Modalidades intramural y telemedicina - prestador remisor<br>14. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente por cada paciente cuenta con: | |
| 14.1. Incubadora cerrada que cuenta mínimo con:<br><br>14.1.1. Doble pared<br>14.1.2. Controles de temperatura para aire y piel<br>14.1.3. Control de humedad.<br>14.1.4. Sensor de piel. | **Cumple:** En todo el servicio hay 19 equipo. |
| 14.2. Ventilador neonatal que cuenta mínimo con:<br><br>14.2.1. Sistemas de presión positiva continua en vía aérea (CPAP) o dispositivos para ventilación mecánica no invasiva. 14.2.2. Humidificador con control de temperatura.<br>14.2.3. Aire medicinal<br>14.2.4. Mezclador de gases medicinales<br>14.2.5. Sistema de alarmas audibles y visuales.<br>14.2.6. Batería | **Cumple:** En todo el servicio hay 8 equipo.<br><br>Los equipos están asignados al servicio de terapias |
| 14.3. Mínimo dos puntos de consumo de oxígeno medicinal. | **Cumple:** cada cubículo cuenta con una (Y) para la obtención de los 2 puntos de oxigeno |
| 14.4. Flujómetro. | **Cumple** |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 14.5. Resucitador pulmonar manual neonatal con control de presión | Cumple |
| 14.6. Monitor de signos vitales que incluya frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial no invasiva y saturación de oxígeno, con accesorios neonatales y batería. | Cumple: En todo el servicio hay 24 equipo. |
| 14.7. Bomba de infusión | Cumple: En todo el servicio hay 15 equipo. |
| 14.8. Oxímetro, cuando no esté incluido en el monitor de signos vitales. | Cumple: incluida en el monitor |
| 14.9. Fonendoscopio neonatal | Cumple: En todo el servicio hay 24 equipo. |
| 14.10.Silla para el acompañante | Cumple |
| **15. Disponibilidad en el servicio de:** | |
| 15.1. Monitor de la estación central del equipo de monitorización del paciente con alarmas visibles y audibles, en los casos en los cuales no existe control visual permanente. | Cumple |
| 15.2. Carro de paro | Cumple |
| 15.3. Monitor de signos vitales de transporte. | Cumple |
| 15.4. Ventilador neonatal de transporte | Cumple: Equipo asignado al servicio de terapias |
| 15.5. Ventilador neonatal de alta frecuencia, si el ventilador convencional no cuenta con estas especificaciones. | Cumple: En todo el servicio hay 18 equipo. Equipos asignados al servicio de terapias |
| 15.6. Incubadora de transporte | Cumple |
| 15.7. Glucómetro. | Cumple |
| 15.8. Monitor de signos vitales con presión invasiva | Cumple |
| 15.9. Lámpara de fototerapia | Cumple: En todo el servicio hay 4 equipo. |
| 15.10.Electrocardiografía neonatal con tres derivaciones, que permita su impresión, si no está incluida en el monitor de signos vitales. | Cumple: personal reporta que el equipo es trasladado de cardiología y/o UCIP. |
| 15.11.Equipo de órganos. | Cumple: En todo el servicio hay 1 equipo. |
| 15.12.Bomba de infusión de jeringa | Cumple |
| 15.13.Incubadora abierta. | Cumple: En todo el servicio hay 5 equipo. |
| 15.14.Báscula para bebés. | Cumple |
| 15.15.Tallímetro | Cumple |
| 15.16. Cinta métrica | No Cumple |
| 15.17.Pesa pañales | Cumple |



Powered by CamScanner

| NORMATIVIDAD APLICADA: Resolución 3100 de 2019 | |
|---|---|
| SERVICIO: 11.4.6 SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO - (2 camas) | |
| **CRITERIO** | **RESULTADO** |
| Estándar de dotación<br>Complejidad mediana Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor<br>12. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente por cada cubículo o paciente cuenta con: | |
| 12.1. Cuna o cama hospitalaria de dos o tres planos de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido. | **Cumple:** En todo el servicio hay 2 equipo. |
| 12.2. Monitor de signos vitales con trazado electrocardiográfico, presión no invasiva y saturación de oxígeno. Con accesorios pediátricos. | **Cumple:** En todo el servicio hay 18 equipo. |
| 12.3. Bomba de infusión. | **Cumple:** En todo el servicio hay 48 equipo. |
| 12.4. Oxímetro con sensor pediátrico, cuando no esté incluido en el monitor. | **Cumple:** presente en el monitor |
| 12.5. Tensiómetro por cada paciente cuando no esté incluido en el monitor. | **Cumple:** presente en el monitor |
| 12.6. Fonendoscopio pediátrico o adulto por cada paciente. | **Cumple:** En todo el servicio hay 12 equipo. |
| 12.7. Resucitador pulmonar manual pediátrico por cada paciente | **Cumple** |
| **13. Disponibilidad en el servicio:** | |
| 13.1. Carro de paro | **Cumple** |
| 13.2. Glucómetro. | **Cumple** |
| 13.3. Equipo de órganos de los sentidos | **Cumple:** En todo el servicio hay 1 equipo. |
| 13.4. Monitor de signos vitales de transporte con accesorios pediátrico. | **Cumple** |
| 13.5. Oxígeno medicina portátil | **Cumple** |
| 13.6. Tallímetro | **Cumple** |
| 13.7. Cinta métrica | **Cumple** |
| 13.8. Aspirador | **Cumple:** el servicio cuenta con venturis (vacutron) |
| 13.9. Equipo de rayos x portátil. | **Cumple** |
| 13.10.Ventilador de transporte | **Cumple:** servicio asignado al servicio de terapias |
| 13.11.Electrocardiógrafo | **Cumple:** personal reporta que el equipo es trasladado de cardiología y/o UCIP. |

| NORMATIVIDAD APLICADA: Resolución 3100 de 2019 | |
|---|---|
| SERVICIO: 11.4.7 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO - **6 camas** | |
| **CRITERIO** | **RESULTADO** |
| Estándar de dotación<br>Complejidad alta Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor<br>17. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente por cada cubículo o paciente cuenta con: | |
| 17.1. Cuna o cama hospitalaria de dos o tres planos de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido. | **Cumple** |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 17.2. Monitor de signos vitales con trazado electrocardiográfico, presión no invasiva y saturación de oxígeno. Con accesorios pediátricos. | **Cumple:** En todo el servicio hay 18 equipo. |
| 17.3. Bomba de infusión. | **Cumple:** En todo el servicio hay 48 equipo. |
| 17.4. Oxímetro con sensor pediátrico, cuando no esté incluido en el monitor. | **Cumple:** presente en el monitor |
| 17.5. Tensiómetro por cada paciente cuando no esté incluido en el monitor. | **Cumple:** presente en el monitor |
| 17.6. Fonendoscopio pediátrico o adulto por cada paciente. | **Cumple:** En todo el servicio hay 12 equipo. |
| 17.7. Resucitador pulmonar manual pediátrico por cada paciente. | **Cumple:** En todo el servicio hay 8 equipo. |
| 17.8. Ventilador pediátrico | **Cumple:** En todo el servicio hay 8 equipo. Equipos asignados al servicio de terapia |
| 18. Cuando se oferte atención de paciente pediátrico quemado en condiciones críticas, cuenta con la dotación de los elementos y equipos biomédicos, que se requieran de acuerdo con los procedimientos definidos en el estándar de procesos prioritarios. | No aplica, se recepciona el equipo y se realiza el traslado |
| **19. Disponibilidad en el servicio:** | |
| 19.1. Carro de paro | **Cumple** |
| 19.2. Glucómetro. | **Cumple** |
| 19.3. Equipo de órganos de los sentidos. | **Cumple:** En todo el servicio hay 1 equipo. |
| 19.4. Monitor de signos vitales de transporte con accesorios pediátrico. | **Cumple** |
| 19.5. Oxígeno medicinal portátil | **Cumple** |
| 19.6. Tallímetro | **Cumple** |
| 19.7. Cinta métrica | **No Cumple** |
| 19.8. Aspirador | **Cumple:** el servicio cuenta con venturis (vacutron) |
| 19.9. Equipo de rayos x portátil. | **Cumple** |
| 19.10.Ventilador de transporte | **Cumple** |
| 19.11.Electrocardiógrafo | **Cumple** |
| 19.12.Marcapasos | **Cumple** |
| 19.13.Ecógrafo. | **Cumple** |
| 19.14.Monitor de signos vitales con presión invasiva, cuando no esté incluida en el monitor de signos vitales de transporte | **Cumple** |

| **NORMATIVIDAD APLICADA:** Resolución 3100 de 2019 | |
|---|---|
| **SERVICIO:** 11.4.8 SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO - **10 camas** | |
| **CRITERIO** | **RESULTADO** |
| Estándar de dotación<br>Complejidad mediana Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor<br>10. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente por cada cubículo cuenta con: | |
| 10.1. Cama hospitalaria de dos o tres planos. | **Cumple** |
| 10.2. Bomba de infusión. | **Cumple:** En todo el servicio hay 87 equipos. |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 10.3. Monitor de signos vitales con accesorios adultos que cuente mínimo con:<br><br>10.3.1. Trazado electrocardiográfico<br>10.3.2. Presión no invasiva<br>10.3.3. Presión invasiva<br>10.3.4. Saturación de oxigeno<br>10.4. Oximetro cuando no esté integrado en el monitor de signos vitales.<br>10.5. Fonendoscopio adulto. | **Cumple:** En todo el servicio hay 31 equipos. |
| 11. Cuenta con carro de paro. | **Cumple** |
| **12. Disponibilidad en el servicio de:** | |
| 12.1. Glucómetro. | **Cumple** |
| 12.2. Tensiómetro adulto | **Cumple:** presente en el monitor |
| 12.3. Equipo de órganos de los sentidos. | **Cumple:** En todo el servicio hay 2 equipo. |
| 12.4. Ventilador de transporte. | **No Cumple** |
| 12.5. Monitor de signos vitales de transporte. | **Cumple** |
| 12.6. Marcapaso externo no invasivo, cuando no esté incluido en el desfibrilador. | **Cumple** |
| 12.7. Oxigeno medicinal portátil | **Cumple** |
| 12.8. Electrocardiógrafo | **Cumple** |
| **13. Disponibilidad de:** | |
| 13.1. Equipo de rayos X portátil. | **Cumple** |
| 13.2. Equipo de gases arteriales. | **Cumple:** presente en el servicio de laboratorio clínico. |

| **NORMATIVIDAD APLICADA:** Resolución 3100 de 2019 | |
|---|---|
| **SERVICIO:** 11.4.9 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS - **8 camas** | |
| **CRITERIO** | **RESULTADO** |
| Estándar de dotación<br>Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor<br>14. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios, y con los del servicio de cuidado intermedio adultos y adicionalmente por cada cubículo y paciente cuenta con: | |
| 14.1. Ventilador adulto que cuenta mínimo con:<br><br>14.1.1. Sistemas de presión positiva continua en vía aérea (CPAP).<br>14.1.2. Modo ventilatorio: controlado o asistido, sincrónico o asincrónico.<br>14.1.3. Límite de presión superior y el nivel de presión espiratoria (PEEP o CPAP) ajustables.<br>14.1.4. Límite de volumen.<br>14.1.5. Aire medicinal.<br>14.1.6. Oxigeno medicinal.<br>14.1.7. Mezclador de gases medicinales de acuerdo a la clase de ventilador que se utilice.<br>14.1.8. Alarmas auditivas y visuales de presión, volumen, apnea, presión de aire, oxígeno medicinal.<br>14.1.9. Batería. | **Cumple:** En todo el servicio hay 8 equipos. Equipos asignados al servicio de terapias. |
| **15. Disponibilidad de:** | |
| 15.1. Ecografo | **Cumple** |



Powered by CamScanner

| 15.2. Sistema de monitoreo de gasto cardiaco | Cumple |
|---|---|
| 16. Cuando se oferte atención de paciente adulto quemado en condiciones críticas, cuenta con la dotación de los elementos y equipos biomédicos, que se requieran de acuerdo con los procedimientos definidos en el estándar de procesos prioritarios | No aplica, se recepciona el equipo y se realiza el traslado |

- **Verificación del proceso de aseguramiento metrológico:**

| NORMATIVIDAD APLICADA: Decreto 1595 de 2015 página 41 | |
|---|---|
| **Artículo 2.2.1. .7.14.2** Directrices en relación con el control metrológico. Todos los equipos, medios o como instrumentos medida o tengan como finalidad la actividad de o contar y que sean comercio, **en la salud**, en la seguridad o en la medio razones interés público, protección al consumidor o deberán cumplir con y los requisitos capítulo y con los reglamentos técnicos metrológico expida la Superintendencia de Industria y Comercio y, en su recomendación de la Organización Internacional de Metrología cada tipo instrumento. | **No Cumple** |

**Observaciones:** el operador no cuenta con certificados de calibración vigentes de los equipos tales como: ventiladores mecánicos.

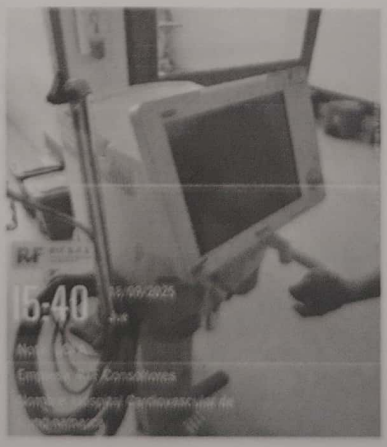
- **Suficiencia técnica de la dotación con base al flujo de pacientes, agenda declarada ante el Reps y los ciclos de esterilización.**

El operador no cumple con la suficiencia de equipos toda vez que:

- El servicio de Unidad de cuidado intermedia adulto no cuenta con disponibilidad de ventilador de trasporte.
- El servicio de Unidad de cuidado básica neonatal no cuenta con disponibilidad de cinta métrica.
- El servicio de Unidad de cuidado intermedio neonatal no cuenta con disponibilidad de cinta métrica.
- El servicio de Unidad de cuidado intermedio neonatal no cuenta con disponibilidad ventilador de transporte.
- El servicio de Unidad de cuidado intensivo neonatal no cuenta con disponibilidad ventilador de transporte.

**Observaciones:**

- El ventilador presentado dentro de la unidad cuidado intermedia adulto no cumple las características de ser un equipo de transporte.





Powered by CamScanner

- Las cintas métricas presentadas en: Unidad de cuidado básica neonatal y Unidad de cuidado intermedio neonatal. No son acordes a los lineamientos establecidos en la resolución 2465 de 2016.





- La terapeuta respiratoria Elsy rodriguez reporta que el ventilador de transporte de los servicios cuidado intermedio neonatal y cuidado intensivo neonatal se encuentra fuera de funcionamiento y está en verificación por parte del departamento biomédico.

**C- Verificación de procesos y procedimientos.**

Dentro del departamento de ingeniería biomédica se procede a verificar los procesos y procedimientos propios Hospital Cardiovascular de Cundinamarca en cumplimiento al estándar transversal de dotación establecidos Resolución 3100 de 2019.

| **NORMATIVIDAD APLICADA:** Resolución 3100 de 2019 11.1.3. Estándar de dotación, página 68 - 70 | |
|---|---|
| **CRITERIO** | **RESULTADO** |
| 1. El prestador de servicios de salud cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud, este registro cuenta como mínimo con la siguiente información:<br>1.1. Nombre del equipo biomédicos.<br>1.2. Marca.<br>1.3. Modelo.<br>1.4. Serie.<br>1.5. Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera.<br>1.6. Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera. | Cumple |
| El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos | Cumple |
| 2.1. Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, éste último cuando no esté definido por el fabricante. | **Cumple parcialmente:**<br><br>No se evidencia inclusión de los siguientes equipos al cronograma de Mtto ni hojas de vida:<br><br>-Reguladores de oxigeno<br>- Venturis (vacutron)<br>- Reguladores de oxigeno<br>- Glucómetros.<br><br>El operador no incluye dentro de los servicios objeto de estudio los |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| | equipos tales como: ventiladores.<br><br>Los tiene asignados al servicio de terapias. |
| 2.2. Hoja(s) de vida del(los) equipo(s) biomédicos(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda. | Cumple parcialmente:<br><br>No se evidencia inclusión de los siguientes equipos al cronograma de Mtto ni hojas de vida:<br><br>-Reguladores de oxigeno<br>- Venturis (vacutron)<br>- Reguladores de oxigeno<br>- Glucómetros. |
| 3. El prestador de servicios de salud cuenta con un programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando éstos lo requieran, el cual puede ser desarrollado por el fabricante, importador o por el mismo prestador. | Cumple<br><br>Se evidencia cronograma y soportes de ejecución para el mes de Marzo, Mayo y Junio de 2025. |
| 6. El mantenimiento de los equipos biomédicos es ejecutado por talento humano profesional, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas. Este mantenimiento puede ser realizado directamente por el prestador de servicios de salud o mediante contrato o convenio con un tercero. | Cumple |

**Observaciones:**

- El operador no incluye dentro de los servicios objeto de estudio los equipos tales como: ventiladores. Los tiene asignados al servicio de terapias.

**3. CONCLUSIONES DE LA VISITA DE INTERVENTORIA**

- El operador no garantiza el proceso de aseguramiento metrológico para la totalidad de los equipos toda vez que se evidencia que los ventiladores mecánicos presentan la calibración vencida.

- El operador no garantiza la inclusión de la totalidad de la tecnología biomédica toda vez que NO se encuentran incluidos dentro del programa de mantenimiento los equipos tales como: glucómetros, venturis (vacutron), reguladores de oxigeno.

- El operador no cuenta con la totalidad de la tecnología biomédica establecida en el estándar de dotación por servicio toda vez que:

- ✓ El ventilador presentado dentro de la unidad cuidado intermedia adulto no cumple las caracteristicas de ser un equipo de transporte.
- ✓ Las cintas métricas presentadas en: Unidad de cuidado básica neonatal y Unidad de cuidado intermedio neonatal. No son acordes a los lineamientos establecidos en la resolución 2465 de 2016
- ✓ La terapeuta respiratoria Elsy rodriguez reporta que el ventilador de transporte de los servicios cuidado intermedio neonatal y cuidado intensivo neonatal se encuentra fuera de funcionamiento y está en verificación por parte del



Powered by CamScanner

departamento biomédico

- El operador debe fortalecer el proceso de mantenimiento del mobiliario, toda vez que se evidencia presencia de oxido en el chasis de los equipos tales como: mesas auxiliares, atriles.

- Dentro del departamento de ingeniera biomédica se evidencian dos equipos fuera de funcionamiento: 2 incubadoras neonatales y 1 ventilador de transporte pediátrico-neonatal.

## 4. REQUERIMIENTOS DERIVADOS DE LA VISITA DE INTERVENTORIA.

- Realizar el proceso de aseguramiento metrológico a los equipos vencidos

- Incluir al programa de mantenimiento de equipos médicos los equipos tales como: glucómetros, venturis (vacutron), reguladores de oxigeno.

- Elaborar las hojas de vida de de equipos médicos los equipos tales como: glucómetros, venturis (vacutron), reguladores de oxigeno dentro de los servicios verificados

- Realizar el traslado de la totalidad de los ventiladores mecánicos y vincularlos a los servicios objeto de estudio con base al estándar de dotación de la resolución 3100 de 2019.

- Presentar la programación para la entrega de los 68 ventiladores mecánicos entregados por la secretaria de salud de departamento de Cundinamarca en la pandemia generada por el COVID-19. Según requerimiento: GOB-S-CR-2025-0061073

- Realizar la intervención de los equipos biomédicos que se encuentran fuera de funcionamiento.

## 5. COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

| ITEM | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA DE ENTREGA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar el proceso de aseguramiento metrológico a los equipos vencidos | Coordinador de ingeniería biomédica del Hospital Cardiovascular de Cundinamarca. El Ing. David Fernando Romero Mesa | Inmediato |
| 2 | Realizar los proceso de actualización del programa de mantenimiento, elaboración de hojas de vida y traslado de tecnología | Coordinador de ingeniería biomédica del Hospital Cardiovascular de Cundinamarca. El Ing. David Fernando Romero Mesa | 30 de septiembre de 2025 |
| 3 | Presentar la programación para la entrega de la totalidad de los ventiladores mecánicos entregados por la secretaria de salud de departamento de Cundinamarca en la pandemia generada por el COVID-19 | Coordinador de ingeniería biomédica del Hospital Cardiovascular de Cundinamarca. El Ing. David Fernando Romero Mesa | Inmediato |
| 4 | Trasladar la solicitud para la intervención del mobiliario que presenta desgaste de partes y componentes. Y oxido en el chasis | Coordinador de ingeniería biomédica del Hospital Cardiovascular de Cundinamarca. El Ing. David Fernando Romero Mesa | Inmediato |



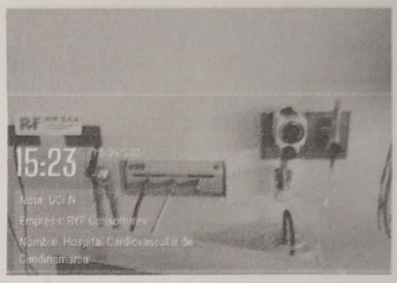
Powered by CamScanner

## 6. REGISTRO FOTOGRAFICO



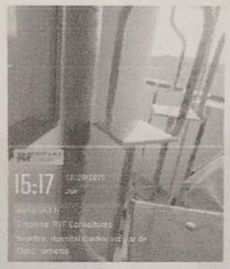




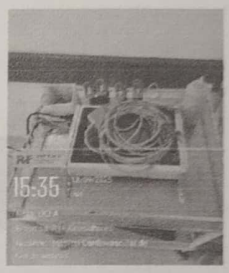
















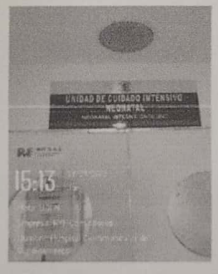























Powered by CamScanner