


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Tema: **ASISTENCIA TÉCNICA EN CAMPO- CLINICA DEL SENO IPS LTDA- CRA 11 # 68 36**

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

Objetivo:	Fecha: 20, 21 y 22 de abril de 2026			
Brindar asistencia técnica en campo encaminada al fortalecimiento de la calidad en la prestación de servicios de salud mediante el cumplimiento de los estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019 y normas complementarias.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()		Capacitación ()
		Orientación (x)		Acompañamiento ()
	Otro () _____			
	Modalidad:	Presencial (x)	Virtual ()	Mixta ()
	Lugar: CLINICA DEL SENO IPS LTDA- CRA 11 # 68 36			
	Hora Inicio: <u>8:30</u> Hora Fin: <u>4:00 pm.</u>			
	Notas por: Andrea Marcela Daza, Andrea Isabel Forero, Clara Liliana Martínez, Laura Viviana Gallego, Diana Patricia Grillo, Lilibeth Vanina González, Rocío Catalina Padilla, Gloria Lizeth Villegas y Daniela Ortiz Gómez.			
Próxima Reunión: No Aplica				
Quien cita: No Aplica				

DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA DE LA VISITA	
En atención al agendamiento de asistencia técnica en campo, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a través del equipo de asistencia técnica de la Dirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud se hace presente en la IPS CLINICA DEL SENO IPS LTDA.	
Para la asistencia técnica se concertó con el prestador de forma previa el siguiente cronograma de trabajo:	
Actividad	Día 1, 2 y 3
Reunión de apertura Presentación del equipo de trabajo - Mesa técnica para resolución de preguntas	20, 21 y 22 de abril
Recorrido y entrevista con el personal de los servicios:	Servicios de Consulta Externa General, Servicios de Consulta Externa Especializada, Servicio Farmacéutico, Servicio de Imágenes Diagnósticas Ionizantes, Servicio de Imágenes Diagnósticas No Ionizantes, Servicio de Quimioterapia, Servicio de Toma de Muestras de Cuello Uterino y Ginecológicas, Servicio de Cirugía.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Dando cumplimiento al cronograma, se realiza reunión de apertura con la presentación de los profesionales de la secretaría distrital de salud y el personal de la institución.



Reunión de apertura



El grupo de asistencia técnica informa que se verificarán algunos de los criterios de los estándares de habilitación, en especial aquellos que, en caso de incumplimiento, pueden representar una circunstancia que ocasione la aplicación de medidas sanitarias de seguridad. La revisión documental se llevará a cabo con base en la planeación institucional establecida para la visita de certificación, considerando que la documentación debe encontrarse organizada, actualizada y proyectada para la futura visita de habilitación.

Se informa a los funcionarios de la institución, que están incluidos en el plan de visita de verificación de condiciones de habilitación de los servicios del grupo quirúrgico: 203- Cirugía General, 210- Cirugía Oncológica, 213- Cirugía Plástica y Estética, 237- Cirugía Plástica Oncológica. Del grupo de consulta externa: 301-Anestesia, 304 -Cirugía General, 320- Ginecobstetricia, 328- Medicina General, 336- Oncología Clínica, 364- Cirugía De Mama Y Tumores Tejidos Blandos, 369- Cirugía Plástica Y Estética y del grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: 709- Quimioterapia, 714- Servicio Farmacéutico, 744- Imágenes Diagnosticas- Ionizantes, 745 - Imágenes Diagnosticas- No Ionizantes, 749-Toma De Muestras De Cuello Uterino Y Ginecológicas, pero aún no han sido notificados con la fecha para la realización de esta.

En caso de evidenciar una desviación en el cumplimiento del criterio, se formularán alternativas y orientaciones para su cumplimiento. Así mismo, se verificarán las acciones encaminadas a la garantía de la Seguridad del Paciente que aborden aspectos de manera transversal (lavado de manos, administración correcta de medicamentos, identificación de riesgos, diligenciamiento de historias clínicas, etc.). También se aclara que la asistencia técnica no es vinculante con las acciones de inspección, vigilancia y control de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Previo al recorrido se realizan las siguientes orientaciones e indicaciones:

- Es responsabilidad del prestador confirmar que los datos relacionados con modalidad, complejidad, talento humano, sedes, horarios, capacidad instalada y demás características del servicio correspondan a la realidad operativa de la institución, a fin de evitar

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					



inconsistencias que puedan generar observaciones o eventuales medidas por parte de la autoridad sanitaria.

- Se debe contar con la información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en cada servicio de acuerdo con su objeto, alcance y enfoque diferencial mediante guías de práctica clínica, procedimientos de atención, protocolos y otros documentos que el prestador determina; esta información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos.
- Las hojas de vida de los colaboradores relacionados en el listado de personal aportado por el prestador deben estar disponibles en la sede de manera física o magnética.
- Todos los dispositivos médicos y equipos biomédicos, especialmente los clasificados en riesgo IIB, deben contar con los documentos de adquisición (por ejemplo, facturas), permiso sanitario (registro sanitario o permiso de comercialización), hoja de vida con registros de mantenimiento acorde a la frecuencia establecida en el manual de usuario, manual de usuario y cuando se requiera (para equipos generadores de radiaciones ionizantes) manual de instalación.
- Todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que oferte cuentan con la siguiente información documentada: Principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida, Registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el INVIMA.
- Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud deben contar con información documentada que dé cuenta de la siguiente información: Descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima, clasificación por riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización), vida útil, cuando aplique, lote, fecha de vencimiento.
- Se recomienda revisar las guías de práctica clínica GPC basadas en la evidencia de acuerdo con el perfil epidemiológico de la institución. Si las guías adoptadas o adaptadas no son nacionales, se debe realizar la evaluación de la calidad de la GPC por medio de la metodología, AGREE II o AGREE REX, Revisión sistemática de literatura (AMSTRA).
- Igualmente, se requiere la actualización y revisión de protocolos guías de manejo, manual de bioseguridad, proceso de esterilización, protocolo de derrames, referencia y contra referencia, protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, protocolo de manejo de derrames de fluidos corporales y derrame de medicamentos.

En el recorrido se indica al personal encargado del servicio la toma de atenta nota de las observaciones y la formulación de indicaciones por el grupo de asistencia técnica y se solicita permiso para toma de registro fotográfico.

El recorrido se basó en la revisión del cumplimiento de los criterios de los estándares de las condiciones del sistema único de habilitación definidos en la Resolución 3100 de 2019, modificada por la Resolución 544 de 2023 y la Resolución 465 de 2025 verificado mediante inspección visual, entrevista y revisión documental, y se resuelven dudas manifestadas por el prestador.

Se aclara que el grupo de asistencia técnica no avala ni autoriza durante la asistencia, ningún proceso, criterio o estándar para el funcionamiento de la Institución. La asistencia técnica no es vinculante con las acciones de Inspección Vigilancia y Control de servicios de salud. Así mismo, se recomienda implementar las indicaciones con anterioridad al envío del presente documento, con el fin de realizar los ajustes inmediatos y replicar el ejercicio realizado durante la asistencia técnica a

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

todos los servicios, pero con la totalidad de los estándares y criterios aplicables a todos los servicios y a los específicos definidos en cada servicio.



El recorrido se realizó por los ambientes y áreas de los servicios inscritos. Se evidencia acompañamiento de los referentes y del personal de apoyo, los cuales toman atenta nota de las observaciones, evaluaciones, indicaciones e instrucciones. Así mismo, en la inspección visual se realizan entrevistas al personal involucrado en los procesos de los servicios asistenciales y de apoyo (ciclo de atención del paciente adulto, limpieza y desinfección, mantenimiento correctivo, identificación y clasificación de riesgos de acuerdo a procedimientos y actividades de cuidado ejecutados por el personal asistencial) y se hacen las propuestas de modificaciones para mejorar la seguridad de los procesos, en especial con los aspectos relacionados con, administración de medicamentos, consentimiento informado, registros de historia clínica, reporte de evento adverso o incidentes. distribución de ambientes y áreas, procesos de limpieza y desinfección, manejo de equipos biomédicos, entre otros, los cuales corresponden a factores de riesgo que deben ser controlados

Formulación de indicaciones técnicas:

Inscripción:



OBSERVACIÓN	INDICACION
Durante la verificación del registro en el REPS, se evidenció que el servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas se encuentra habilitado únicamente para el día viernes en el horario de 1:00 p.m. a 4:00 p.m.; sin embargo, en la práctica institucional el servicio se está prestando los lunes, jueves y viernes.	<p>La institución debe realizar las novedades correspondientes, según la revisión de los datos registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, para cumplir con lo definido en Artículo 12 de la <i>Resolución 3100 Novedades</i>. Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de reportar las novedades que aquí se enuncian ante la respectiva secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de cada entidad territorial y, cuando sea el caso para su verificación anexará los soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.</p> <p>El prestador debe realizar los ajustes correspondientes en el REPS, de acuerdo con la normatividad vigente, incluyendo el reporte de novedades por cambios de horarios, la actualización de los datos de contacto y cierre de servicios.</p>

Estándar de Talento Humano:



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
<p>El talento humano con que cuenta el prestador para los servicios que corresponden al grupo quirúrgico y grupo de consulta externa se comparte, distribuidos entre personal de planta y prestación de servicios.</p> <p>Se encuentran en proceso de alimentar plataforma Doqmenti (para cargar hojas de vida).</p> <p>Jessica Alejandra Arias Trujillo, cargo auxiliar de enfermería y salas de cirugía.</p> <p>María Elena Sarmiento, cargo auxiliar de enfermería y salas de cirugía.</p> <p>Diana Teresa Alfonso León, cargo auxiliar de enfermería y consultorio. Pendiente otro si para incluirla en salas de cirugía.</p> <p>Melany Cristina Montoya Barros, cargo Enfermera jefe y de salas de cirugía.</p> <p>Luz Dary Castillo Gonzales, cargo Instrumentador quirúrgico, título profesional en instrumentación quirúrgica.</p> <p>Andrea Stefanny Quijano Vásquez, cargo Instrumentadora quirúrgica. La institución dispone de un único profesional con este título.</p> <p>Danitza Paola Coy Ramírez, cargo médico general y auditor. No se cuenta con disponibilidad formalizada de acuerdo con la novedad presentada por ausencia de personal de planta.</p> <p>Álvaro Alberto Andrade Sossa, Cargo anestesiólogo.</p> <p>Carlos Antonio Vejarano Melo, Cargo anestesiólogo, cuentan con certificado vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por Funse fundación Nuestra Señora de la Esperanza la cual no se encuentra</p>	<p>1. El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.</p> <p>7.En los servicios de salud donde se realicen imágenes diagnósticas por ultrasonido, cuenta con médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas también podrán realizar imágenes diagnosticas aquellos médicos especialistas, quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades inherentes a su especialidad, para lo cual deberá acreditar el respectivo certificado.</p> <p>8.Los profesionales de la medicina de los servicios de hospitalización de baja, mediana y alta complejidad, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos; urgencias y servicios del grupo quirúrgico en modalidad intramural, cuentan con certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.</p> <p>10.El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.</p> <p>Se indica asegurar que el cargo del colaborador guarde coherencia con su título profesional.</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					



<p>relacionada en la lista de oferentes del Instituto Nacional de Salud.</p> <p>Francisco José de Jesús Garavito Lorza, Cargo anestesiólogo.</p> <p>Hernán Delgadillo Giraldo, Cargo Medico Anestesiólogo.</p> <p>Efrén Gregorio Bolívar Abreu, Cargo Médico Especialista, presta el servicio contratado según hora y fechas asignadas de cirugía y consulta externa teniendo en cuenta cuadro de turnos, titulo especialista en cirugía general, especialista en cirugía oncológica, especialista en cirugía de mama y tejidos blandos, lo anterior no es coherente con el cargo registrado en el contrato, cuentan con certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por Funse Fundación Nuestra Señora de la Esperanza la cual no se encuentra relacionada en la lista de oferentes del Instituto Nacional de Salud.</p> <p>Gabriel Armando Bernal Fernández, Cargo Médico Especialista, titulo especialista en mastología, especialista en ginecología y obstetricia, lo anterior no es coherente con el cargo registrado en el contrato, cuentan con certificación de aprobación de curso del cuidado del donante y gestión de la donación de órganos y tejidos de Quiron con fecha de 28 de julio 2023 valido por dos años no está vigente.</p> <p>María Carolina Castillo Flórez, Cargo Médico Especialista, titulo especialista en mastología, especialista en ginecología y obstetricia.</p> <p>Ramiro Sánchez Ramírez, presta el servicio contratado según hora y fechas asignadas de cirugía y consulta externa teniendo en cuenta cuadro de turnos, Cargo Médico Especialista, Titulo especialista en cirugía de mama y tumores de tejidos blandos, especialista en cirugía general, cuentan con certificación de aprobación de curso del cuidado del donante y gestión de la donación de órganos y tejidos de</p>	<p>Asimismo, es necesario garantizar la disponibilidad de personal ante ausencias en el servicio, conforme a los horarios registrados en el REPS. Se debe verificar que la certificación de competencias para el cuidado del donante sea la expedida por el Instituto Nacional de Salud y se encuentre vigente, finalmente, asegurar la suficiencia de talento humano en todos los servicios habilitados.</p>
---	---

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					



<p>Quiron con fecha de 7 de julio de 2022 valido por dos años no es vigente.</p> <p>Ricardo Monroy Muñoz, presta el servicio contratado según hora y fechas asignadas de cirugía y consulta externa teniendo en cuenta cuadro de turnos, Cargo mastólogo, especialista en ginecología y obstetricia, especialista en mastología, cuentan con certificación de aprobación de curso del cuidado del donante y gestión de la donación de órganos y tejidos de Quirón con fecha de 16 de agosto de 2022 valido por dos años no es vigente.</p> <p>Sandra Milena Pantoja Burbano, presta el servicio contratado según hora y fechas asignadas de cirugía y consulta externa teniendo en cuenta cuadro de turnos, Cargo medico mastólogo, titulo especialista en mastología y especialista en cirugía general. Cuenta con curso taller en cuidado y detección del donante vigente de Lifecare Service la cual no se encuentra relacionada en la lista de oferentes del Instituto Nacional de Salud.</p> <p>Paula Andrea Baldrich Novoa, presta el servicio contratado según hora y fechas asignadas de cirugía y consulta externa teniendo en cuenta cuadro de turnos, Cargo medica cirujana plástica reconstructiva y estética, especialista en cirugía plástica y reconstructiva, curso básico de gestión operativa de la donación y cuidado del donante de órganos y tejidos de Medico Certificados SAS la cual no se encuentra relacionada en la lista de oferentes del Instituto Nacional de Salud de 3 de febrero 2025 valido por un año no se encuentra vigente.</p> <p>Servicio 237 Cirugía plástica Oncológica no cuenta con especialista para soportar el servicio declarado en REPS.</p> <p>GRUPO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA</p> <p>MEDICINA GENERAL</p>	
--	--

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					



<p>Danitza Paola Coy Ramírez, cargo médico general y auditor. No se cuenta con disponibilidad formalizada de acuerdo con la novedad presentada por ausencia de personal de planta en servicio quirúrgico y se observa que no se cuenta con el talento humano para el servicio ofertado y horarios declarados en el REPS de medicina general.</p> <p>Camilo Ernesto Cáceres Galvis, contrato de prestación de servicios, cargo medico oncólogo.</p> <p>GINECOBSTETRICIA</p> <p>María Ofelia Guerra Castilla, cargo ginecóloga, prestar el servicio contratado en las horas y fechas acordadas, observado el tablero de planeación de agendas 2026 se identifica que la profesional esta asignada en horario de 1:00pm a 3:00 pm. Lo anterior no cubre el horario registrado en REPS jueves de 12:00m a 5:00pm.</p> <p>GRUPO DE APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAÉUTICA</p> <p>SERVICIO FARMACEUTICO SERVICIOS DE QUIMIOTERAPIA</p> <p>Juan Sebastián Jiménez, cuenta con contrato laboral a término indefinido, cargo Químico farmacéutico, turno de lunes a miércoles de 7 am a 5:00pm, jueves 1:00 pm a 5:00pm, viernes de 7 am a 4:00 pm para el servicio farmacéutico y los jueves de 7:00 am a 1:00 pm cubre el servicio de quimioterapia.</p> <p>Magda Liliana Vesga Jaramillo, Contrato por prestación de servicios, cargo Químico farmacéutico, con disponibilidad en la clínica los jueves de 9:00am a 1:00 pm.</p> <p>No se garantiza para el servicio farmacéutico el talento humano de químico farmacéutico en el horario de 7:00am 9:00am para cubrir lo declarado en REPS.</p> <p>Mayra Alejandra, cargo regente de farmacia.</p>	
---	--

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

<p>SERVICIOS DE QUIMIOTERAPIA</p> <p>Claudia Yamile Moreno Garzón, cargo jefe Enfermería Quimioterapia, cuenta con diplomado en administración segura de medicamentos oncológicos del 2024, verificado el archivo nombrado “tablero de planeación de agendas” que corresponde al jueves se observa asignada en horario de 7 am a 12m lo anterior no cubre horario registrado en REPS jueves de 7:00am a 1:00pm. Adicionalmente en el archivo nombrado “Actividades de enfermería 2026” no registra el nombre del profesional de la enfermería que cubre el horario. Por otra parte, como se nombra el archivo no coincide con el título del talento humano relacionado en el mismo el cual corresponde a consulta externa y apoyo diagnóstico. No se cuenta con back up formalizado para cubrir en caso de eventualidad.</p> <p>Dignerys Pérez Lara, cargo auxiliar de enfermería de consultorio.</p> <p>Wilson Yesid Arévalo Guzmán, cargo medico oncólogo, presta el servicio contratado según fechas concertadas, en anexo de actividades registran consulta primera vez por especialista en oncología, consulta control o seguimiento por especialista en oncología, participación de juntas medicas por paciente. Lo anterior no indica para prestación del servicio en quimioterapia, la institución no cuenta con información documentada de que Profesional de la medicina especialista en oncología o especialista en hemato-oncología o especialista en hematología, según el tipo de cáncer a tratar está disponible para el servicio de quimioterapia.</p>	
<p>IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES</p> <p>Valentina Grisales Arboleda, cargo tecnóloga en radiología.</p>	<p>La institución debe garantizar la presencia del médico especializado en radiología e imágenes diagnósticas</p> <p>11.3.4.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS CON IMÁGENES OBTENIDAS MEDIANTE</p>

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

<p>Gloria patricia Aguirre, cargo tecnóloga en radiología.</p> <p>Durante el recorrido no se encuentra presencia del médico especializado en radiología o el médico especialista con la formación académica solicitada para cumplimiento de este requisito.</p> <p>Adriana Lucia Posso Murcia, cargo medico radiólogo, en archivo nombrado “actividades de enfermería 2026” se observa a la profesional asignada los martes, jueves y viernes en el horario 7:00am 1:00pm. Se observa que no se cubre con todos los horarios registrados en el REPS.</p> <p>Margarita Suarez Montañó. Contrato de prestación de servicios, cargo medica radióloga, es back up, presta servicio contratado en horas y fechas acordadas.</p>	<p>EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES</p> <p>4. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:</p> <p><i>4.2. Médico especializado en radiología e imágenes diagnósticas o aquellos médicos especialistas quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento de las enfermedades inherentes a sus especialidades, para lo cual deberán acreditar el respectivo certificado. La interpretación de las radiografías e imágenes diagnósticas y la supervisión del técnico profesional o tecnólogo en imágenes diagnósticas es realizada por dichos profesionales.</i></p>
<p>El prestador cuenta con documento:” Guía de manejo para la gestión y determinación de la capacidad instalada” código GTH – GM- 01, en actividades: registra: 1. Salas de cirugía, se cuenta con un quirófano y una sala de recuperación con capacidad para tres camas, disponible las 24 horas del día de acuerdo con los horarios registrados en REPS la operación y programación se encuentra establecida en el horario de 7am a 5pm.</p> <p>En la relación de talento humano horas por día registran contar con 6 Médicos Cirujanos especialistas en cirugía oncológica y en su realidad cuentan con uno (Efrén Gregorio Bolívar Abreu).</p> <p>Cuenta con cuadro de turnos salas de cirugía abril 2026. Donde se programan auxiliares y personal salas de cirugía y programación de equipo médico por semana de mes en el turno.</p> <p>Cuentan con análisis de capacidad instalada servicios quirúrgicos con fecha 20/03/2026 donde se observa para el servicio de cirugía plástica oncológica que el profesional que</p>	<p>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.</p> <p>Se indica garantizar análisis de capacidad instalada por cada uno de los servicios habilitados.</p>



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

presta el servicio programado es, título especialista en cirugía general, especialista en cirugía oncológica, especialista en cirugía de mama y tejidos blandos (Efrén Gregorio Bolívar Abreu).

No se cuenta en análisis de capacidad instalada los riesgos en la atención para cada uno de los servicios habilitados y ofertados. Esto aplica para todos los servicios registrados en REPS.



Estándar de Infraestructura:

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
Al interior del servicio de cirugía se evidencia rampa que no cuenta con pasamanos.	Conforme a lo descrito en el <i>criterio 12</i> , se indica instalar pasamanos a uno o dos lados de la rampa de manera que cubra todo el recorrido del elemento. <u>Edificaciones de uso exclusivo en salud y edificaciones de uso mixto</u> <i>12. Si se tienen escaleras o rampas, el piso debe ser uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a uno o ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.</i>
Durante la asistencia técnica, la IPS presenta concepto sanitario Favorable con Requerimientos, con acta SBN18N 018761 del 11/07/2025, sin embargo, se realiza solicitud para visita con radicado 127760 el 21/04/2026.	De acuerdo con lo establecido en el <i>criterio 17</i> , se indica presentar concepto sanitario Favorable. <u>Edificaciones de uso exclusivo en salud y edificaciones de uso mixto</u> <i>17. Cada prestador de servicios de salud debe contar con el respectivo concepto sanitario que dé cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitaria vigente en aspectos tales como agua para consumo humano, gestión de residuos, control de vectores, orden y aseo, condiciones locativas, entre otros. Este concepto será emitido por las autoridades sanitarias correspondientes, en el marco de sus competencias, y debe considerar los servicios de apoyo como lavandería y servicio de alimentación. (...)</i>
En el servicio de cirugía se observa demarcación en las áreas clasificadas como restringidas y semirestringidas, sin embargo,	Se indica que, a partir de la salida de los filtros, tanto de talento humano como pacientes, el área será restringida, y el ingreso se hará en vestido de mayo, por lo que la demarcación

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	



Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

<p>estas no coinciden con la ruta funcional de lo evidenciado durante el recorrido.</p>	<p>debe ser roja delimitando la transición del área semi-restringida de los vestidores al área restringida de la zona quirúrgica o corredor aséptico.</p> <p><u>Generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características</u></p> <p>21. En los servicios del grupo quirúrgico, los ambientes y áreas clasificados como no restringidos, semirestringidos y restringidos, deben señalizarse mediante la demarcación permanente en piso con material lavable y resistente al tráfico pesado, utilizando los siguientes colores:</p> <p>21.1. Verde: Ambientes o áreas no restringidas</p> <p>21.2. Amarillo: Ambientes o áreas semi-restringidas</p> <p>21.3. Roja: Ambientes o áreas restringidas</p>
<p>Se evidencia planos indicativos de la ruta de evacuación dispuestos en cada piso, sin embargo, no se encuentra señalizado el punto de encuentro.</p>	<p>Lo planos indicativos de la ruta de evacuación deben contar con lo descrito en el <i>criterio 22 del</i> estándar de infraestructura, por tanto, se debe ubicar el punto de encuentro en cada uno de los planos publicados en la edificación.</p> <p><u>Generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características</u></p> <p>22. Cada uno de los pisos o niveles de la edificación cuenta con señalización y planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro, visible al público en general.</p>
<p>Durante el recorrido por el servicio de cirugía se evidencia central de esterilización con ambiente de recibo y lavado de material contaminado, ambiente limpio y ambiente para almacenamiento de material estéril. Así mismo, se identificó un único lavamanos destinado al proceso de esterilización ubicado de manera externa a la secuencia de los tres ambientes, lo que contraviene el flujo unidireccional y las barreras físicas necesarias para prevenir la contaminación cruzada.</p>	<p>El ambiente de recibo y lavado de material contaminado debe contar con un lavamanos exclusivo al interior del ambiente, dado que el personal que manipula material contaminado debe poder realizar el lavado de manos inmediatamente después de retirar sus elementos de protección personal (EPP), sin necesidad de salir ambiente ni transitar por zonas limpias o pasillos.</p> <p><u>Generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características</u></p> <p>27. El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en una central de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida:</p> <p>27.1. Ambiente de recibo y lavado de material contaminado.</p> <p>27.2. Ambiente limpio con las siguientes áreas:</p> <p>27.2.1. Área de secado.</p>



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



	<p>27.2.2. Área de empaque.</p> <p>27.2.3. Área de esterilización</p> <p>27.3. Ambiente para almacenamiento del material estéril</p>
<p>Durante el recorrido se evidencia tres (3) consultorios donde realizan procedimiento ubicados en el cuarto nivel, y, dos (2) consultorios donde realizan procedimientos en primer nivel, los cuales se evidencian conectados directamente entre sí mediante una puerta interna, sin necesidad de salir al área común para desplazarse entre ellos; se observa que no cuentan con mesón de trabajo ni poceta.</p>	<p>De acuerdo con las condiciones requeridas para los consultorios donde se realizan procedimientos descritas en el <i>criterio 28.2</i>, este ambiente debe contar con mesón de trabajo fijo. De no requerir poceta al interior de los consultorios se deberá documentar en procesos prioritarios.</p> <p><u>Características de los ambientes y áreas que pueden ser requeridos en varios servicios de salud</u></p> <p>28.2. Consultorio donde se realizan procedimientos: Ambiente con mínimo 10 m2 (sin incluir la unidad sanitaria) que cuenta con:(...)</p> <p>28.2.4. Mesón de trabajo.</p> <p>4.3. Definiciones del estándar de infraestructura (página 27)</p> <p>Mesón de trabajo</p> <p>Superficie fija con acabado liso, lavable e impermeable y resistente al uso.</p> <p>28.2.5. Poceta, cuando la requiera, según los procedimientos que el prestador documente en el estándar de procesos prioritarios.</p>
<p>Durante el recorrido se presentan dos salas de procedimientos, sin embargo, se evidencia sala de procedimientos con dimensión menor a 8m2 ubicada en el cuarto piso, así mismo se evidencia que no cuentan con mesón de trabajo.</p> <p>En el primer nivel, se presenta sala de procedimientos, donde se evidencia unidad sanitaria al interior, de igual manera se observa que no cuenta con mesón de trabajo, ni poceta.</p>	<p>Se indica que de acuerdo con lo establecido en el <i>criterio 30.1</i> y <i>30.1.1</i>, las salas de procedimientos deben ser ambientes de mínimo 8 m2, adicionalmente se debe contar con la existencia obligatoria de mesón de trabajo conforme a lo establecido en el <i>numeral 4.3</i> (página 27) en relación con las condiciones específicas de este elemento.</p> <p><u>Características de los ambientes y áreas que pueden ser requeridos en varios servicios de salud</u></p> <p>30.1. Sala de procedimientos o curaciones.</p> <p>Ambiente con mínimo 8 m2, que cuenta con:</p> <p>30.1.1. Mesón de trabajo.</p> <p>4.3. Definiciones del estándar de infraestructura (página 27)</p> <p>Mesón de trabajo</p> <p>Superficie fija con acabado liso, lavable e impermeable y resistente al uso.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					



	<p><i>30.1.2. Poceta, cuando la requiera, según los procedimientos que el prestador documente en el estándar de procesos prioritarios.</i></p> <p><i>30.1.3. Lavamanos</i></p>
<p>Durante el recorrido, se evidencian baldosas fisuradas, condición que afecta la continuidad y uniformidad de la superficie, dificultando la ejecución adecuada de los procesos de limpieza y desinfección.</p> <p>Durante el recorrido por el servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas, se evidencia que el área destinada para la toma de muestras cuenta con un escalón en el acceso al baño, generando una barrera arquitectónica que limita la accesibilidad para los usuarios y no garantiza las condiciones de pisos en continuidad.</p>	<p>Se debe garantizar que los pisos de las áreas donde se prestan servicios de salud se mantengan en condiciones íntegras, continuas y de fácil limpieza y desinfección. En este sentido, es necesario realizar la reparación o sustitución de las baldosas fisuradas, de manera que se restablezcan las condiciones exigidas y se asegure el cumplimiento de las características establecidas en el <i>criterio 42</i>.</p> <p><u>Generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección:</u></p> <p><i>42. En las edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud, los pisos deben ser resistentes a factores ambientales, deben ser continuos, antideslizantes, impermeables, lavables, sólidos, resistentes a procesos de lavado y desinfección. Cuando se tengan dilataciones y juntas, estas deben ser selladas de manera que ofrezcan continuidad de la superficie.</i></p>
<p>Se evidencia en el recorrido realizado por los consultorios donde se realizan procedimientos, ausencia de media caña en la unión entre el piso y las divisiones en vidrio. Así mismo, se observaron divisiones en vidrio instaladas en el servicio de cirugía que no cumplen con las condiciones requeridas para este tipo de ambientes, en relación con la formación de aristas donde se requiere mayor asepsia.</p>	<p>De acuerdo con lo descrito en el <i>criterio 44</i>, se indica instalar media caña en las uniones formadas con las divisiones en vidrio y el piso ubicadas en las áreas y ambientes de los servicios.</p> <p><u>Generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección:</u></p> <p><i>44. En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR, salas de procedimientos, consultorios donde se realicen procedimientos, servicios de internación en cuidado básico, intermedio e intensivo, urgencias, diálisis, hemodinamia e intervencionismo, laboratorios, gestión pre transfusional, quimioterapia, consulta odontológica y los ambientes o áreas donde se requieran procesos de limpieza y asepsia más profundos, adicional al criterio anterior, la unión entre paredes o muros y el piso debe ser en media caña evitando la formación de aristas o de esquinas.</i></p>
<p>Durante el recorrido por el servicio de cirugía, se evidencian uniones entre las divisiones en vidrio con el techo y los muros sin media caña, generando aristas que dificultan procesos adecuados de limpieza y desinfección.</p>	<p>De acuerdo con lo descrito en el <i>criterio 45</i>, se indica instalar media caña en las uniones formadas con las divisiones en vidrio ubicadas al interior del servicio de cirugía, así como en</p>

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

	<p>las áreas de esterilización que presenten las mismas uniones.</p> <p><u>Generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección:</u></p> <p>45. En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR y el ambiente de esterilización, la unión entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, debe contar con media caña, evitando la formación de aristas o de esquinas</p>
<p>Se evidencian consultorios y salas de procedimientos compartidos con los servicios de imágenes diagnósticas no ionizantes y el servicio de quimioterapia, de manera que no es clara la delimitación entre servicios perteneciente a otros grupos de atención.</p>	<p>Se indica a la institución definir y garantizar la delimitación física y/o funcional de los consultorios y salas de procedimientos, de manera que se identifique claramente su asignación por servicio. En caso de uso compartido, este debe estar debidamente organizado, señalizado y no afectar las condiciones de habilitación, asegurando la diferenciación entre servicios, la adecuada programación de su uso y el cumplimiento de los estándares de infraestructura (página 81)</p> <p>11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL</p> <p><i>Estándar de infraestructura</i></p> <p>9. Cuenta con:</p> <p>9.1. El tipo de ambiente o consultorio de acuerdo con la oferta, así:</p> <p>9.1.1. Consultorio donde se realiza examen físico.</p> <p>9.1.2. Ambiente de entrevista donde no se realiza examen físico ni procedimientos.</p> <p>9.1.3. Consultorio donde se realizan procedimientos.</p> <p>9.2. Sala de procedimientos, cuando se requiera.</p>
<p>Durante el recorrido, indican que la consulta de ginecobstetricia se presta en los consultorios ubicados en el primer nivel, sin embargo, se evidencia que estos se encuentran conectados entre sí por puerta interna, lo cual no garantiza la independencia física de cada ambiente de consulta, permitiendo el flujo de personal o sonido entre espacios contiguos durante la atención.</p>	<p>El prestador debe asegurar que cada consultorio de ginecobstetricia funcione como un ambiente independiente y cerrado. La intercomunicación entre consultorios debe ser restringida de manera que se garantice la privacidad visual y auditiva de la paciente el consultorio de ginecobstetricia debe contar con una unidad sanitaria, conforme a lo establecido en el criterio 7(página 86) específico para el servicio.</p> <p>11.2.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA</p> <p><i>Estándar de infraestructura</i></p>



	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

	<p>7. El consultorio de las especialidades de ginecoobstetricia y urología, cuentan con unidad sanitaria.</p>
<p>Se evidencia ambiente para el servicio farmacéutico ubicado en el tercer nivel, no se encuentran separadas al interior de los cajones las áreas de almacenamiento para productos rechazados, devueltos y retirados; área para almacenamiento de productos destruidos o desnaturalizados por vencimiento o deterioro; y área de cuarentena de medicamentos.</p>	<p>Se indica realizar separación y adecuada señalización de las áreas de almacenamiento no definidas, conforme a lo descrito en el <i>criterio 5 (página 98)</i>, así como dar cumplimiento a lo relacionado en <i>criterio 7</i> de acuerdo con lo establecido en la <i>Resolución 1403 de 2007</i>.</p> <p>11.3.2. SERVICIO FARMACÉUTICO Estándar de infraestructura 5. Cuenta con: (...) 5.6. Ambiente o área para almacenamiento de productos rechazados, devueltos y retirados. 5.7. Ambiente o área para almacenamiento de productos destruidos o desnaturalizados por vencimiento o deterioro. 5.8. Ambiente o área de cuarentena de medicamentos. <u>Complejidades mediana y alta</u> 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</p>
<p>Durante el recorrido, no se evidenció la delimitación física, ni señalización del servicio de imágenes diagnósticas no ionizantes.</p> <p>No obstante, se evidencia la prestación de este servicio en salas de procedimientos generales, sin que se identifiquen áreas y ambientes exclusivos destinados para dicho servicio conforme a lo exigido por la Resolución 3100 de 2019.</p> <p>Esta condición no permite verificar el cumplimiento de los requerimientos de infraestructura específicos para la prestación de métodos diagnósticos con equipos generadores de radiaciones no ionizantes.</p>	<p>Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 11.3.4.2 de la Resolución 3100 de 2019 se indica realizar la organización y delimitación formal del servicio de imágenes diagnósticas no ionizantes, destinando un ambiente exclusivo acorde con el tipo de equipo, así como las áreas de apoyo que correspondan garantizando la existencia obligatoria al interior del servicio de unidad sanitaria, así como la disponibilidad de vestidor con área para casilleros y almacenamiento de insumos. Lo anterior, en cumplimiento de los criterios del estándar de infraestructura establecidos para este servicio.</p> <p>11.3.4 SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 11.3.4.2 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS CON IMÁGENES OBTENIDAS MEDIANTE</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	



Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	<p>EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES NO IONIZANTES <i>Estándar de infraestructura</i> 4. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: 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. 4.2 Unidad sanitaria, cuando el procedimiento lo requiera. 5. Disponibilidad de: 5.1 Vestidor para pacientes y área para casilleros, cuando el procedimiento lo requiera. 5.2 Área para almacenamiento de dispositivos médicos e insumos. 5.3 Sala de espera. 5.4 Unidades sanitarias discriminadas por sexo.</p>
<p>Durante el recorrido por el servicio de quimioterapia adultos, se evidencia que no cuenta con sala de espera al interior de servicio.</p> <p>Se evidencia unidad sanitaria de uso mixto al interior del servicio, fuera del ambiente donde se realiza quimioterapia.</p> <p>Se evidencia área para casilleros ubicada al interior del servicio, sin embargo, se encuentra fuera del ambiente de quimioterapia.</p> <p>No cuenta con sala de procedimientos exclusiva para el servicio.</p>	<p>Se indica realiza la organización y adecuación del servicio de quimioterapia garantizando la disponibilidad y ubicación funcional de las áreas y ambientes requeridos conforme al <i>criterio 6 (página 120)</i> del estándar de infraestructura aplicable al servicio.</p> <p>En este sentido, deberá disponer de una sala de espera al interior del servicio, de quimioterapia destinada a pacientes y acompañantes, que permita una adecuada circulación y permanencia, garantizar la disponibilidad de unidades sanitarias suficientes, organizar y ubicar el área de casilleros de acuerdo con lo requerido en el <i>criterio 6.3</i>, así como lo establecido en los <i>criterios 8.6 y 8.8</i> exclusivos para el servicio.</p> <p>11.3.7 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA <i>Estándar de infraestructura</i> 6. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: 6.1. Sala de espera.</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	<p>6.2. <i>Unidades sanitarias discriminadas por sexo.</i></p> <p>6.3. <u>Ambiente de quimioterapia</u> que cuenta con área para casilleros. (...)</p> <p>8.6. <i>Sala de procedimientos. (...)</i></p> <p>8.8. <i>Unidad sanitaria.</i></p>
<p>Se evidenció que el área destinada para la preparación, embalaje y remisión de muestras cuenta con una mesa de mayo, la cual no corresponde a una superficie adecuada de trabajo para este proceso.</p> <p>Se observa la existencia de una puerta corrediza que funge como pared del vestier y del ambiente del servicio, lo cual da acceso al pasillo del servicio de imágenes diagnósticas ionizantes, se debe garantizar la privacidad de la atención de los servicios.</p>	<p>Se indica que de acuerdo con el criterio 3.3, debe contar con mesón de trabajo. Garantizar la delimitación del servicio de manera que no comprometa la privacidad de la paciente y se asegura la independencia del servicio.</p> <p>11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS <i>Estándar de infraestructura</i></p> <p>3. <i>Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:</i></p> <p>3.1. <i>Ambiente para la toma de muestras especiales, con unidad sanitaria y perchero.</i> <i>Disponibilidad de:</i></p> <p>3.3. <i>Área o ambiente de preparación, embalaje y remisión de las muestras con mesón de trabajo.</i></p>
<p>Durante la visita de asistencia técnica, se evidenció la oferta del servicio de cirugía, en el cual se realizan procedimientos ambulatorios. Este se encuentra ubicado en el tercer nivel de la edificación y dispone de una sala de cirugía.</p> <p>No se encuentra señalizada el área de ropa limpia presentada durante el recorrido por el servicio.</p> <p>El ambiente de ropa sucia se encuentra ubicado fuera de la delimitación del servicio de cirugía.</p> <p>Se observó un área de recuperación con tres (3) camillas; no obstante, esta no se encuentra delimitada como ambiente independiente, por lo cual no configura una sala de recuperación.</p> <p>De acuerdo con el tipo de procedimientos realizados, se identificó un ambiente destinado al lavado de patos, pisingos y riñoneras; sin embargo, este no cuenta con las condiciones</p>	<p>Se indica realizar la organización, delimitación y adecuación integral de las áreas y ambientes del servicio de cirugía, conforme a los estándares de infraestructura aplicables.</p> <p>Por lo anterior de acuerdo con lo descrito en el criterio 8, <i>debe garantizar</i> la señalización visible y adecuada de las áreas funcionales, incluyendo el área de ropa limpia; reubicar o integrar el ambiente destinado al manejo de ropa sucia dentro de la delimitación del servicio, asegurando condiciones para su manejo seguro.</p> <p>Delimitar mediante barreras físicas el área de recuperación, de manera que configure una sala independiente acorde con el número de camillas y permita la adecuada atención y monitoreo de los pacientes, conforme al criterio 10.</p> <p>11.5 GRUPO QUIRÚRGICO 11.5.1 SERVICIO DE CIRUGÍA</p>



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



<p>requeridas para el descarte, lavado, desinfección, almacenamiento de dichos elementos y lavado de manos.</p> <p>Así mismo, se evidenció un área de preparación de pacientes que no se encuentra delimitada mediante barrera física, por lo que no configura un ambiente independiente conforme a los requerimientos de infraestructura.</p>	<p><i>Estándar de infraestructura</i></p> <p><i>8. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:</i></p> <p><i>8.7. Área o ambiente de ropa limpia.</i></p> <p><i>8.8. Ambiente de ropa sucia.</i></p> <p><i>10. Sala de recuperación localizada junto a las salas de cirugía y comunicada con el área de recepción y entrega de pacientes (...)</i></p> <p>De acuerdo con el <i>criterio 12.2</i>, debe delimitar el área de preparación de pacientes mediante barreras físicas, de forma que se constituya como un ambiente independiente que garantice privacidad y condiciones adecuadas para la atención.</p> <p><u>Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria</u></p> <p><i>12.2. Ambiente para preparación de pacientes.</i></p> <p><i>4.3. Definiciones del Estándar De Infraestructura (Página 26)</i></p> <p>Ambiente</p> <p>Lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo.</p> <p>Adecuar el ambiente destinado al lavado de patos, pisingos y riñoneras, asegurando que cuente con condiciones para el descarte, lavado, desinfección y almacenamiento, de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias y lo definido en el numeral 4.3. <i>Definiciones del Estándar De Infraestructura (Página 27).</i></p> <p>Lavapatos</p> <p><i>Aparato o sistema sanitario exclusivo para el lavado, desinfección de patos, pisingos y riñoneras, ubicado al interior de un ambiente.</i></p>
<p>Se debe contar con área con iluminación y ventilación para ubicar la dotación de acuerdo con los componentes sanguíneos a transfundir para servicio quirúrgico.</p>	<p>23. Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados, tiene disponibilidad de un área con iluminación y ventilación natural o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo con los componentes sanguíneos a transfundir.</p>

Estándar de dotación:

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
--------------------	-------------------

	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					



<p>Se observa que la hoja de vida del electrobisturí no cuenta con el registro del último mantenimiento preventivo correspondiente al segundo semestre del 2025, informan que se encuentra digital porque están migrando la información a una plataforma llamada <i>Document</i>, pero no fue evidenciado.</p> <p>La máquina de anestesia no cuenta con proceso de adquisición, los registros evidenciados de los mantenimientos preventivos, correctivos y calibración son del 2022 en adelante.</p>	<p><i>2. El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, para lo cual cuenta con:</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>2.2. Hoja(s) de vida del(los) equipo(s) biomédicos(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda.</i></p>
<p>No se cuenta con programa de capacitación, se evidenció cronograma de capacitación del uso de los dispositivos médicos con fechas programadas para este año, pero no se ha realizado capacitación en lo que va del año; la ingeniera biomédica refiere que están en implementación de este cronograma y por eso no se han realizado las capacitaciones programadas.</p>	<p><i>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.</i></p>
<p>El carro de paro de la sala de recuperación no cuenta con monitor de signos vitales, utilizan los monitores de las camillas de la sala de recuperación.</p> <p>En el servicio de cirugía no cuenta con carro de paro en disponibilidad adicional al de sala de recuperación.</p> <p>En el servicio de Quimioterapia tiene carro de paro, pero la bala de oxígeno del carro la tienen usando para el traslado de pacientes.</p>	<p><i>8. Los servicios de salud que requieran carro de paro, cuenta con la siguiente dotación:</i></p> <p><i>8.1. Desfibrilador bifásico con sistema de visualización integrado, capacidad de cardioversión, marcapasos transcutáneo y paletas para adultos y pediátricas según aplique.</i></p> <p><i>8.2. Resucitador pulmonar manual.</i></p> <p><i>8.3. Aspirador o sistema de vacío.</i></p> <p><i>8.4. Monitor de signos vitales con accesorios que cuenta como mínimo con:</i></p> <p><i>8.4.1. Trazado electrocardiográfico si no está incorporado en el desfibrilador</i></p> <p><i>8.4.2. Presión no invasiva</i></p> <p><i>8.4.3. Saturación de oxígeno que puede estar integrado en el monitor o externo</i></p> <p><i>8.4.4. Batería</i></p> <p><i>8.5. Laringoscopio con hojas rectas y curvas para adultos y pediátricas, según aplique</i></p> <p><i>8.6. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, definidos por el prestador.</i></p>
<p>En infraestructura no cuenta con el área para la dotación en salas para los componentes a transfundir, De acuerdo con la indagación realizada con el equipo de funcionarios expresan que no se realizan transfusiones,</p>	<p>Se indica a la entidad que de acuerdo con la oferta de procedimientos estéticos que se está haciendo deban garantizar la dotación necesaria para realizar procedimientos de transfusión sanguínea en el servicio quirúrgico.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

<p>pero al revisar la oferta de servicios de la institución que esta publicada en piezas gráficas comerciales, se ofertan procedimientos de cirugía plástica y estética aumentando la probabilidad de requerir transfusiones durante estos procedimientos.</p>	<p>13. Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados cuenta con: 13.1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes con sistema de control de temperatura entre 1°C y 6°C y alarma audible o sistema de monitoreo que alerte cambios próximos al límite en que la sangre o sus componentes puedan deteriorarse. 13.2. Equipo para descongelar plasma, cuando se requiera, con sistema de control de temperatura. 13.3. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando se requiera. 13.4. Agitador o rotador de plaquetas con sistema de control de temperatura entre 20°C y 24°C cuando se requiera. 13.5. Nevera para transporte de componentes sanguíneos, donde se garantice la cadena de frío.</p>
<p>La sala de cirugía no cuenta con carro de paro según lo documentado en el estándar de proceso prioritarios.</p>	<p><u>Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria:</u></p> <p>23. Cuando se realicen procedimientos de cirugía ambulatoria que no requieran la dotación anteriormente definida, cuenta con: 23.1. La dotación necesaria y específica para realizar los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios. 23.2. Carro de paro cuando lo requiera, de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios.</p>



Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos:

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
<p>Dentro del registro de la relación de dispositivos médicos, no se lleva el registro de la vida útil. Este proceso esta centralizado desde el servicio farmacéutico, y los registros son llevados en una matriz general. Los registros de los carros de paro, no tiene los campos completos requeridos.</p>	<p>2. Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información: 2.7. Vida útil, cuando aplique</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	



Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	<p><i>3. Los reactivos de diagnóstico in vitro requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información:</i></p> <p><i>3.6. Vida útil, cuando aplique</i></p> <p>Se indica que cada dispositivo médico y reactivo se debe registrar la vida útil, lo cual hace parte de la recepción técnica. La relación del contenido de los carros de paro deberá contener los contenidos mínimos descritos en el criterio número 2 del presente estándar, aplicable a todos los servicios.</p>
<p>Presentan documento que describe el proceso general, sin embargo, la descripción de la conservación, con relación a preparaciones y proceso tercerizado no es específica, así como también el control de la cadena de frío no es claro, de acuerdo con lo realizado.</p> <p>No se tiene en cuenta la adquisición legal de equipos biomédicos, esto deberá estar descrito dentro del criterio de adquisición, en los procesos generales. El seguimiento a los medicamentos, dispositivo médicos e insumos, deberá establecer el seguimiento definido institucionalmente, pero no hace referencia a los programas de tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia.</p>	<p><i>4. El prestador de servicios de salud de salud cuenta con información documentada de los procesos generales según aplique, para:</i></p> <p><i>4.1. Selección</i></p> <p><i>4.2. Adquisición</i></p> <p><i>4.3. Transporte</i></p> <p><i>4.4. Recepción</i></p> <p><i>4.5. Almacenamiento</i></p> <p><i>4.6. Conservación</i></p> <p><i>4.7. Control de fechas de vencimiento</i></p> <p><i>4.8. Control de cadena de frío, Manejo de contingencias con la cadena de frío.</i></p> <p><i>4.9. Distribución</i></p> <p><i>4.10. Dispensación</i></p> <p><i>4.11. Devolución</i></p> <p><i>4.12. Disposición final</i></p> <p><i>4.13. Seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida, elementos de rayos X y de uso odontológico), reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que se utilicen incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador de servicios de salud y en la modalidad extramural.</i></p> <p>Se indica que el documento presentado deberá describir la totalidad de los criterios descritos previamente, y se deberá incluir en el criterio de la adquisición, lo relacionado con los equipos biomédicos de acuerdo con el riesgo (máquina de anestesia, entre otros), lo cual se verificará</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	



Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	también en el estándar de dotación, con la documentación relacionada.
No se evidencia documentación relacionada, dado que actualmente la institución se encuentra en un ajuste de documentos.	<p><i>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.</i></p> <p>Se indica que los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, deben documentarse acorde a los lineamientos nacionales y según lo realizado por la institución.</p>
<p>El prestador cuenta con carro de paro, y se define el contenido, los registros no cuentan con todos los datos requeridos para medicamentos y dispositivos médicos. Falta carro de paro para sala de cirugía, no puede compartirse con el de la sala de recuperación, teniendo en cuenta que a este carro de paro le falta el monitor.</p> <p>No se evidenció documento para el procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar en el estándar de procesos prioritarios.</p>	<p><i>11. En los servicios donde se requiera carro de paro, adicional a la dotación definida en el presente manual, los medicamentos, dispositivos médicos e insumos deben ser definidos por el prestador de servicios de salud de acuerdo con la morbilidad, riesgos de complicaciones más frecuentes y lo documentado para el procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar.</i></p> <p>Se indica que los carros de paro deben contener la relación o registros correspondientes a los criterios 1 y 2 del presente estándar, y estos carros de paro deberán estar definidos de acuerdo con los riesgos de complicaciones más frecuentes y lo documentado para el procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar, del estándar de procesos prioritarios.</p>
El prestador no cuenta con convenio con Banco de sangre ni contrato con un servicio de gestión pretransfusional.	<p>Se indica que de acuerdo con la revisión de la oferta de procedimientos estéticos la IPS debe garantizar el realizar procedimientos de transfusión para lo cual debe contar con un convenio o contrato con un Banco de Sangre</p> <p><i>13. Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión, cuenta con convenio o contrato vigente con un banco de sangre certificado por la autoridad competente para el suministro de sangre, componentes sanguíneos y la</i></p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



	realización de las pruebas pre transfusionales cuando el prestador de servicios de salud no las realice.
No se evidencia certificación de buenas prácticas de elaboración vigente de la central de mezclas contratada.	<p>11.3. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA</p> <p>11.3.2. SERVICIO FARMACÉUTICO</p> <p><i>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 Invima para los procesos especiales que se realicen en la central de mezclas ya sea propia o <u>contratada</u>.</i></p> <p>Se indica que, durante la verificación, se deberá aportar el certificado de buenas prácticas de elaboración vigente de la central de mezclas contratada.</p>
No se evidencia certificación de buenas prácticas de elaboración vigente de la central de mezclas contratada. Así mismo, en ambiente de quimioterapia no hay un kit de derrames citostáticos.	<p>11.3.4 SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</p> <p>11.3.7 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA</p> <p><i>12. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con:</i></p> <p><i>12.1. Cuando realice preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos citostáticos cuenta con certificado de buenas prácticas de elaboración vigente otorgado por el Invima. <u>Cuando dichas actividades sean realizadas por una central externa, ésta debe contar con dicha certificación y contrato vigente.</u></i></p> <p><i>12.4. Kit de derrame de citostáticos.</i></p> <p>Se indica que, durante la verificación, se deberá aportar el certificado de buenas prácticas de elaboración vigente de la central de mezclas contratada. Se deberá definir el kit de derrames citostáticos dentro del ambiente de quimioterapia.</p>
En el área destinada al almacenamiento de materiales, insumos y reactivos, se evidenció la disponibilidad de espéculos en tallas S y M; sin embargo, también se encontraron fonendoscopios y otros dispositivos	<p>11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS</p> <p>Garantizar la disponibilidad de espéculos en todas las tallas requeridas (S, M y L), con el fin</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					



correspondientes a diferentes tipos de consulta.	<p>de asegurar una atención adecuada y para dar cumplimiento al numeral:</p> <p><i>7.1. Espéculos de diferentes tamaños desechables o reutilizables siempre y cuando se garantice el proceso de esterilización.</i></p> <p>Asimismo, retirar o reubicar los dispositivos médicos que no correspondan a este servicio.</p>
No se evidencia contrato vigente con banco de sangre ni con un servicio de gestión pretransfusional.	<p>11.5 GRUPO QUIRÚRGICO 11.5.1 SERVICIO DE CIRUGÍA <u>Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria:</u> <i>28. 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.</i></p> <p>Se indica que se deberá aportar el contrato o convenio con banco de sangre, para el servicio de cirugía,</p>

Estándar de procesos prioritarios

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
<p>Presentan documento de política de seguridad del paciente, donde indica que el referente es un responsable de SIVIGILA, no se describe el perfil profesional. La descripción esta generalizada, y la implementación son definiciones, mas no especifica como la institución realiza su implementación o aplicabilidad acorde al riesgo y servicios habilitados y prestados. No hay soportes actualizados de la implementación de la política al personal responsable de su aplicación.</p>	<p><i>2. El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.</i></p> <p><i>3. El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre.</i></p> <p>Se indica que el documento deberá reflejar la implementación de la política de seguridad del paciente, y se debe aportar soportes correspondientes a como se promueve la política, que incluye el control de infecciones y optimización de los antibióticos que se prescriben.</p>



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

<p>Presentan documento de asegurar la correcta identificación del paciente, sin embargo, no describen como la institución aplicará esto, la descripción son definiciones generales. Así mismo, manifiestan que están ajustando los paquetes instruccionales, y los están migrando de manera digital a una plataforma documental, por tanto, no se evidenció la descripción de las prácticas seguras en la institución. Presentan documento de enfoque diferencial, el cual describe que la institución realizara atención sin discriminación e incluyendo algunos enfoques diferenciales. Este documento, no describe los tipos de enfoque diferencial ni la aplicabilidad como practica segura según indica el criterio 4.2; no describe cómo se garantizará la adecuada comunicación entre los pacientes que incluya enfoques diferenciales, en los servicios habilitados y prestados.</p> <p>En el servicio de cirugía se identificó un único lavamanos destinado al proceso de esterilización ubicado de manera externa a la secuencia de los ambientes de la central, lo que contraviene el flujo unidireccional y las barreras físicas necesarias para prevenir la contaminación cruzada, por tanto, no garantiza los cinco momentos de higiene y lavado de manos.</p> <p>Así mismo durante el recorrido, no se evidencia la aplicabilidad del consentimiento informado en consulta externa, también se observó consultorio con escalón que no garantiza la prevención de caídas; se evidenciaron procesos de limpieza y desinfección con productos que no cumplen con características de uso en salud, lo cual impide prevenir infecciones asociadas a la atención salud y la seguridad en procedimientos quirúrgico, entre otros.</p>	<p><i>4. El prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud y cuenta con información documentada para:</i></p> <p><i>4.1. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación)</i></p> <p><i>4.2. Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.</i></p> <p><i>4.3. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol).</i></p> <p><i>4.4. Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.</i></p> <p><i>4.5. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.</i></p> <p><i>4.6. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique.</i></p> <p><i>4.7. Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique.</i></p> <p><i>4.9. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, en los servicios donde aplique.</i></p> <p><i>4.11. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, en los servicios donde aplique.</i></p> <p>Se indica que las practicas seguras deberán documentarse acorde al alcance y riesgo evidenciado en la prestación de los servicios. Se deberá soportar información documentada para cada uno de los criterios descritos previamente, y evidenciar su adecuada implementación.</p>
<p>Presentan soportes de implementación de actividades derivadas de la política, pero son de hace 3 años aproximadamente. No están actualizadas. Tampoco se evidencia actividades que ilustren a los pacientes y allegados en el autocuidado.</p>	<p><i>5. El prestador de servicios de salud promueve la cultura de seguridad del paciente que involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo no punitivo mediante:</i></p> <p><i>5.1. Capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales</i></p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	



Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	<p><i>riesgos de la atención. 5.2. Actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad</i></p> <p>Se indica que la información presentada y los soportes, deben ser acordes a lo definido por el prestador, los riesgos y servicios habilitados. Las capacitaciones en seguridad del paciente deben ser recientes, para que se pueda realizar una adecuada adherencia a la información a todo el personal.</p>
<p>Presentan documento general de los procedimientos de la institución, en el cual en primera instancia describen objetivo alcance enfoque diferencial, equipos e insumos requeridos, pero éstos, son de todo lo que realiza la institución, por tanto, está incluido todo el talento humano, todos los equipos, medicamentos y dispositivos médicos, de manera general. La descripción de los protocolos únicamente establece un paso a paso, pero no indica un examen físico ni la especialidad que lo realiza o el alcance de dicho procedimiento, para consulta externa.</p> <p>En el mismo documento describen los procedimientos, en salas de procedimientos, procedimientos quirúrgicos realizados en salas de cirugía, procedimiento de uso de equipos de radiación ionizante y no ionizante, toma de muestras de cuello uterino. Todo está descrito de manera general, no especifica el talento humano, el enfoque diferencial, los medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos diferenciado para cada uno acorde a cada servicio habilitado. No se puede establecer el procedimiento atención para consulta externa de cirugía plástica y estética, cirugía oncológica, ginecobstetricia, ni cirugía general.</p>	<p><i>6. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica-GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.</i></p> <p>Se indica que los procedimientos presentados deberán soportar lo realizado en cada uno de los servicios habilitados, y debe contener el objetivo, alcance, enfoque diferencial, el talento humano requerido, los equipos biomédicos necesarios, así como los medicamentos y dispositivos médicos para cada protocolo o procedimiento, de cada servicio.</p>
<p>La institución presenta documento de adopción de GPC, en las cuales define a través de un acta, su adopción en el 2022. Así mismo realiza implementación de GPC a través de la herramienta AGREE II. Define adopción de GPC nacionales. Los soportes de capacitación también son del año 2022.</p>	<p><i>7. La información documentada es conocida mediante acciones de formación continua por el talento humano encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el talento humano en entrenamiento, y existe evidencia de su socialización</i></p> <p><i>8. Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección</i></p>



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo



	<p><i>Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente.</i></p> <p>Se indica que se debe actualizar documentación a presentar, teniendo en cuenta que las GPC nacionales no requieren adopción. También se indica que, si la institución requiere y existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, la institución si deberá realizar adopción aplicando alguna metodología, si esta evidencia no es nacional. El documento para presentar deberá corresponder con lo implementado y socializado al talento humano responsable de su aplicación.</p>
<p>La institución utiliza productos de limpieza y desinfección con rotulo “Agilissa”, para lo cual presentan ficha técnica de jabón neutro, que no especifica el uso en ámbito médico; el desinfectante presentado por ficha técnica y evidenciado en recorrido es hipoclorito de sodio, el cual describe el uso en ambientes no críticos. Estos productos tanto el jabón como el desinfectante, no garantizan el proceso de limpieza y desinfección en áreas críticas como salas de cirugía, teniendo en cuenta la clasificación de la institución descrita en documento presentado.</p> <p>No se describe el proceso de limpieza y desinfección de camillas y equipos de consultorios y salas de procedimientos, el cual es realizado con amonio cuaternario dual. También se evidencia persianas en materiales porosos, en consultorios y salas de procedimientos (consultorio de toma de muestras de cuello uterino), los cuales no permiten adecuados procesos de limpieza y desinfección, y tampoco tienen las fichas técnicas que permitan soportar el proceso de limpieza y desinfección de éstas.</p>	<p><i>12. El prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i><u>12.1. Detección, prevención y disminución del riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico, en los servicios donde aplique.</u></i></p> <p><i>12.2. Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies.</i></p> <p><i>12.3. Procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar, en los servicios donde se realice.</i></p> <p><i>12.4. Acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas en los servicios donde se realicen procedimientos de venopunción.</i></p> <p><i>12.5. Aspectos de bioseguridad acordes con las condiciones y características del servicio.</i></p> <p><i>12.6. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales</i></p> <p><i>12.7. Manejo de gases medicinales que incluya como mínimo la atención de emergencias y sistema de alarma, cuando se utilicen</i></p> <p>Se indica que se deberá documentar los procedimientos descritos en el criterio 12 previamente mencionados. Para el criterio 12,2 y 12,5, se deberá soportar con la</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

<p>No se evidencia documento del procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar, tampoco documento de que describa la detección, prevención y disminución del riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico ni documento que describa las acciones para prevenir las flebitis infecciosas químicas mecánicas en procedimientos de venopunción, en caso de ser definido por el prestador.</p> <p>Tampoco se pudo evidenciar el documento que describe el manejo de gases medicinales que incluya como mínimo la atención de emergencias y sistema de alarma, cuando se utilicen.</p>	<p>implementación del proceso de limpieza y desinfección, y los productos implementados deberán garantizar procesos en áreas críticas, semicríticas y no críticas en salud. Se deberá soportar la ficha técnica de los productos de limpieza y desinfección, así como el proceso documentado acorde a ficha técnica de fabricante, en especial si los productos requieren diluciones. Se deberá considerar el uso de persianas o screen o blackout, dado que las superficies no son lisas que permitan procesos de limpieza y desinfección adecuada en ámbitos asistenciales en salud; así mismo, se deberá aportar ficha técnica del material de la persiana o screen o blackout ubicados en consultorios y consultorios con procedimientos (consultorio de toma de muestras de cuello uterino).</p>
<p>Presentan documentos del proceso de esterilización, por separado para cada etapa del proceso. La trazabilidad del proceso no se puede constatar porque los indicadores químicos se conservan en historia clínica, por tanto, el control de calidad relacionado a la implementación del indicador químico no se puede evidenciar. Así mismo, durante recorrido se evidenciaron cruces por tránsito del personal encargado del proceso, afectando la bioseguridad del proceso. En documento presentado, no se establecen las medidas de bioseguridad implementadas por la persona que realiza el proceso, con relación al cambio de ropa o elementos de protección personal para el cambio del área sucia al área limpia, así como tampoco es evidente el lavado de manos para iniciar el proceso de esterilización.</p>	<p><i>13. El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización cuenta con la siguiente información documentada: 13.1. Buenas prácticas de esterilización de acuerdo con los procedimientos y técnicas que se utilicen, que describa como mínimo los siguientes aspectos: 13.1.1. Recibo de productos contaminados y entrega de material estéril. 13.1.2. Transporte. 13.1.3. Lavado, secado y lubricación. 13.1.4. Empaque. 13.1.5. Etiquetado. 13.1.6. Esterilización. 13.1.7. Almacenamiento. 13.1.8. Verificación de la integridad del material estéril. 13.1.9. Control de calidad que incluya el análisis de los reportes de dicho control, para la toma de medidas preventivas y correctivas.</i></p> <p>Se indica que se deberá presentar documentación, preferiblemente unificando el proceso de esterilización, e incluyendo el lavado de manos al iniciar el proceso, y todas las medidas de bioseguridad que permitan garantizar un procedimiento adecuado, sin cruces ni contaminación cruzada entre ambientes sucio y limpio, tal como lo defina la institución, y se evidencie su implementación. Los indicadores químicos deberán garantizar la trazabilidad desde la central en donde se lleva el registro y hace el proceso de esterilización; por tanto, se deben establecer las medidas</p>



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

	<p>para que estos indicadores reposen en la central y se pueda realizar el control de calidad a través de estos indicadores por carga al momento de finalizar el proceso de esterilización, así como también permitir la trazabilidad con la historia clínica.</p>
<p>No se evidencia la política de no reúso de dispositivos médicos en la institución.</p>	<p><i>15. Los prestadores de servicios de salud tienen definidos procedimientos que garanticen el cumplimiento del no reúso de dispositivos médicos cuando el fabricante así lo haya establecido</i></p> <p>Se deberá soportar documentalmente la política de no reúso de los dispositivos médicos en la institución acorde a los servicios habilitados y dispositivos en uso.</p>
<p>No se evidencia documento relacionado la reprocesamiento de dispositivos médicos en la institución, sin embargo, durante recorrido se observó que se realiza el reúso de máscaras laríngeas.</p>	<p><i>16. Hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social regule la materia, el prestador de servicios de salud podrá reusar dispositivos médicos, siempre y cuando el fabricante de dichos dispositivos autorice su reúso. En tal caso, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada que defina:</i></p> <p><i>16.1. Los procedimientos, siguiendo las recomendaciones del fabricante, para el reprocesamiento y control de calidad que demuestren la eficacia, desempeño y esterilidad del producto.</i></p> <p><i>16.2. Acciones de seguimiento a través de los comités de infecciones, de seguridad del paciente y del programa de tecnovigilancia, que garanticen que el dispositivo no ha perdido la eficacia y desempeño para el cual fue diseñado, ni exponga al riesgo de infecciones o complicaciones al usuario.</i></p> <p>Se indica que se deberá soportar documentalmente el reúso de estos dispositivos médicos (mascaras laríngeas), acorde a las recomendaciones del fabricante, y soportar la trazabilidad del número de usos autorizados y el número de usos que tiene el dispositivo médico. Adicionalmente, se deberá soportar, las acciones de seguimiento a través de los comités de infecciones en coherencia con lo documentado en la Política de seguridad del paciente y del programa de tecnovigilancia, garantizando que el dispositivo no ha perdido la</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	



Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	<p>eficacia y desempeño para el cual fue diseñado, ni exponga al riesgo de infecciones o complicaciones al usuario, lo anterior estará soportado con indicaciones dadas por el fabricante.</p>
<p>Presentan documento del proceso de referencia y contrarreferencia, sin embargo, no se establece con claridad las medidas del traslado, dado que diligencian un número de teléfono, pero no se describe la institución ni tipo de servicio o proceso a realizar.</p>	<p><i>17. Para la referencia de pacientes, el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada: 17.1. Estabilización del paciente antes del traslado. 17.2. Medidas para el traslado.</i></p> <p>Se indica que el documento debe tener la descripción completa de las medidas del traslado a las instituciones definidas por el prestador.</p>
<p>No cuentan con la documentación del programa de Hemovigilancia ya que no consideraban la realización de procedimientos de transfusión sanguínea</p>	<p><i>19. Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios de salud habilitados, cuenta con la siguiente información documentada: 19.1. Transporte, conservación, embalaje y remisión de muestras al banco de sangre para la realización de pruebas pre transfusionales. 19.2. Manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia. 19.3. Guía de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos.</i></p> <p>Se indica la necesidad de contar con la documentación que soporta la realización de procedimientos de transfusión sanguínea y la gestión del programa de Hemovigilancia</p>
<p>Documento presentado no corresponde al alcance ni a lo realizado por el prestador; describe los 15 pasos de la ruta de código blanco en Colombia, sin embargo, no se describe que realiza la institución para cada uno de estos pasos, son descripciones generales y definiciones que no permiten identificar lo realizado por el prestador. No se observó la conformación del equipo institucional o comité para la atención a víctimas de violencia sexual.</p>	<p><i>20. La Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación o el servicio de urgencias, cuenta con: 20.1. Documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales. 20.2. Documento que dé cuenta la conformación del equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales</i></p> <p>Se indica que el documento deberá tener descrito el proceso institucional que orienta la atención a víctimas de violencia sexual,</p>



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	ajustado a lo descrito a nivel nacional para su implementación. Así mismo, se deberá soportar la conformación del equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.
La institución no cuenta con la información documentada con respecto al manejo de enfermedad cerebro vascular, detección de donantes y mantenimiento del donante de componentes anatómicos	<p><i>24. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de hospitalización, hospitalización de paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural, cuentan con la siguiente Información documentada:</i></p> <p><i>24.1. Manejo de la enfermedad cerebro vascular.</i></p> <p><i>24.2. Manejo del Trauma Craneoencefálico.</i></p> <p><i>24.3. Detección de donantes de componentes anatómicos</i></p> <p><i>24.4. Mantenimiento del donante de componentes anatómicos.</i></p> <p>Se debe documentar la información relacionada para dar cumplimiento al criterio previamente descrito.</p>
<p>No se evidencia la información documentada sobre toma procesamiento y control de calidad y entrega de resultados, así como tampoco se observó análisis de los reportes del control de calidad.</p> <p>En el contrato con el servicio de Laboratorio clínico con Synlab y Colcan, no se evidenció que incluyera el control de calidad de las pruebas POCT</p>	<p><i>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:</i></p> <p><i>27.1. Información documentada sobre la toma, procesamiento, control de calidad y entrega de resultados.</i></p> <p><i>27.3. Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas preventivas y correctivas.</i></p> <p>Se indica que se deberá soportar documentalmente el proceso descrito en el criterio previamente descrito y ajustar el contrato con el laboratorio que vaya a realizar los controles de calidad de las pruebas POCT que estén en uso en los servicios.</p>
No se observa documentación relacionada a la modalidad extramural en jornada de salud de consulta externa en medicina general que hace parte del estándar de procesos prioritarios, en específico lo descrito del criterio 28.	<p><u>Modalidad extramural jornadas en salud y unidad móvil</u></p> <p><i>28. Orientación a los usuarios sobre las condiciones, requisitos y restricciones de acceso, permanencia y salida del vehículo, en condiciones de rutina o en condiciones de emergencia, a cargo del conductor del vehículo y el talento humano en salud.</i></p>



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

	<p><i>29. Mecanismos que garanticen comunicación para el seguimiento de los pacientes que lo requieran.</i></p> <p><i>30. Mecanismos de supervisión de las actividades realizadas en el marco de los eventos de interés en salud pública, cuando aplique.</i></p> <p>Se indica que se deberá soportar documentalmente lo descrito previamente para dar cumplimiento al estándar en la modalidad extramural.</p>
<p>Presentan documento denominado plan de egreso, en el cual se describe de manera general la preparación, recomendaciones y complicaciones, no establece lo realizado ajustado al prestador.</p>	<p>11.2. GRUPO CONSULTA EXTERNA</p> <p><i>35. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuando se realicen procedimientos, cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i>35.1. Procedimientos que se pueden realizar, incluyendo aquellos que requieran anestesia local y no impliquen anestesia regional ni general.</i></p> <p><i>35.2. Información al paciente sobre:</i></p> <p><i>35.2.1. Preparación.</i></p> <p><i>35.2.2. Recomendaciones post procedimiento.</i></p> <p><i>35.2.3. Controles.</i></p> <p><i>35.2.4. Posibles complicaciones</i></p> <p>Se indica que se deberá soportar documentalmente, de acuerdo con los procedimientos realizados bajo anestesia local, la información al paciente como la preparación, recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones.</p>
<p>No se evidenció documentación correspondiente al control de calidad del proceso de toma de muestras, ni soporte de control de calidad del laboratorio externo que realiza el análisis de citologías.</p>	<p>11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS</p> <p>Documentar la información faltante respecto al control de calidad para dar cumplimiento a:</p> <p><i>8. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i>8.4. Control de calidad.</i></p> <p><i>8.5. Entrega de resultados.</i></p>



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Se evidenció que el envío de resultados de citologías a los pacientes se realiza a través de un correo electrónico con dominio no institucional (@gmail).	Implementar el uso de correos electrónicos con dominio institucional para el envío de resultados de citologías, garantizando que estos cuenten con mecanismos de seguridad que protejan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de los pacientes.
No se observó documentación relacionada con el criterio 15 del estándar de procesos prioritarios del servicio farmacéutico.	<p>11.3. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA</p> <p>11.3.2. SERVICIO FARMACÉUTICO</p> <p><i>15. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i>15.1. Procesos generales que realice, elaborado por el responsable del servicio.</i></p> <p><i>15.2. Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica, por parte de personal diferente al profesional químico farmacéutico o al Profesional en Medicina tratante.</i></p> <p><i>15.3. Manejo de medicamentos de control especial cuando lo realice.</i></p> <p><i>15.4. Seguimiento a condiciones ambientales de temperatura y humedad</i></p> <p>Se indica que se deberá soportar documentalmente, la descripción de la información solicitada en el criterio previamente descrito en el estándar de procesos prioritarios.</p>
<p>La institución cuenta con programa de protección radiológica en donde definen criterios básicos, medidas dosimétricas y vigilancia médica, sin embargo, no han documentado la supervisión de exámenes diagnósticos, verificación de la calidad de imagen.</p> <p>Cuentan con instrucciones para la realización de exámenes disponibles en la página web de la institución y refieren que al realizar la confirmación de la consulta se da la indicación, sin embargo, no hay evidencia de esta actividad.</p> <p>La documentación presentada no describe la realización y supervisión de la mamografía, tampoco se incluyen las instrucciones a los</p>	<p>11.3. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA</p> <p>11.3.4.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS CON IMÁGENES OBTENIDAS MEDIANTE EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES</p> <p><i>28. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i>28.1. Realización y supervisión de los exámenes diagnósticos que incluya como mínimo: técnica diagnóstica, calidad de la imagen y radio protección</i></p>



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

<p>pacientes, las acciones nocivas del personal, visitantes y público en general, ni control de calidad.</p>	<p><i>28.2. Instrucciones a los pacientes sobre la preparación de los procedimientos diagnósticos.</i></p> <p><i>28.3. Acciones para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal, los visitantes y el público en general.</i></p> <p><i>28.4. Verificación de la calidad de la imagen, incluida la toma de medidas preventivas y correctivas, cuando se requiera.</i></p> <p><i>28.5. Control de calidad del equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas correctivas cuando aplique.</i></p> <p>Se indica que el documento a presentar deberá contener la información solicitada en el criterio previamente descrito, lo cual incluye como se realiza y supervisan los exámenes diagnósticos describiendo la técnica la calidad de la imagen y medidas de radio protección. También las instrucciones a los pacientes sobre la preparación para el examen, la verificación de la calidad de la imagen que incluye medidas correctivas y preventivas y el control de calidad del equipo, lo cual va de la mano con el estándar de dotación.</p>
<p>Presenta documentación de manera generalizada, pero no describe la realización y supervisión de la ecografía diagnóstica, tampoco se incluyen las instrucciones a los pacientes, las medidas preventivas y correctivas en la verificación de la imagen ni del equipo.</p>	<p>11.3. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA</p> <p>11.3.4.2 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS CON IMÁGENES OBTENIDAS MEDIANTE EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES NO IONIZANTES</p> <p><i>13. Cumplen con los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i>13.1 Procedimientos para la realización de los exámenes diagnósticos.</i></p> <p><i>13.2 Instrucciones a los pacientes sobre la preparación de los procedimientos diagnósticos, cuando se requiera.</i></p> <p><i>13.3 Verificación de la calidad de imagen cuando aplique, que incluye la toma de medidas preventivas y correctivas.</i></p> <p><i>13.4 Control de calidad del equipo cuando aplique, que incluye la toma de medidas correctivas.</i></p>



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	<p>Se indica que el documento a presentar deberá describir la totalidad de los criterios previamente mencionados, de acuerdo con el examen diagnóstico realizado.</p>
<p>Se evidencia documentos desactualizados, refieren que están en proceso de actualización, así como cuentan con protocolos y otros documentos de procedimientos que refieren no realizan en la institución como es el paso de sonda vesical, entrega y cambio de turnos entre otros que por su jornada laboral no realizan. Los procedimientos deben estar definidos por el prestador según su alcance y riesgo.</p> <p>De acuerdo con el tipo de procedimientos realizados, debe contar con ambiente destinado al lavado de patos, pisingos y riñoneras.</p>	<p>11.5 GRUPO QUIRÚRGICO 11.5.1 SERVICIO DE CIRUGÍA</p> <p><i>30. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada para:</i></p> <p><i>30.1. Entrega de turno de enfermería y medicina.</i></p> <p><i>30.2. Plan de cuidados de enfermería</i></p> <p><i>30.3. Control de líquidos.</i></p> <p><i>30.4. Administración de medicamentos</i></p> <p><i>30.5. Sujeción de pacientes</i></p> <p><i>30.6. Toma de muestras de laboratorio clínico</i></p> <p><i>30.7. Cateterismo vesical</i></p> <p><i>30.8. Evaluación y registro preanestésico</i></p> <p><i>30.9. Preparación del paciente para el acto quirúrgico.</i></p> <p><i>30.10. Manejo de complicaciones postquirúrgicas.</i></p> <p><i>30.11. Condiciones para el transporte del paciente</i></p> <p><i>30.12. Controles postquirúrgicos.</i></p> <p><i>30.13. Formulación de sangre y componentes sanguíneos cuando se realice.</i></p> <p><i>30.14. Manejo de transfusiones y sus complicaciones cuando se realice.</i></p> <p><u><i>Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria:</i></u></p> <p><i>33. Cumple con los criterios definidos para las complejidades mediana y alta cuando aplique y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i>34. Identificación y gestión del riesgo que incluya:</i></p> <p><i>34.1. Identificación del riesgo anestésico.</i></p> <p><i>34.2. Valoración de posibles contraindicaciones.</i></p> <p><i>34.3. Definición de criterios de inclusión del paciente para cirugía ambulatoria que contenga entre otros, los aspectos psicosociales, la duración, la extensión, el manejo del dolor, entre otros aspectos.</i></p>



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

	<p><i>34.4. Entrega de Información al paciente sobre preparación y recomendaciones postoperatorias.</i></p> <p><i>34.5. Actividades de seguimiento postquirúrgico</i></p> <p>Se le indica al prestador que deberá realizar y presentar los documentos de los procesos y procedimientos que determine realizan en la institución los cuales deben incluir objetivo, alcance, talento humano acorde a su complejidad y riesgo.</p>
<p>Durante el recorrido se observa que el almacenamiento de medicamentos para quimioterapia se encuentra al frente de la sala de quimioterapia; cuenta con infografía para las recomendaciones del tratamiento con quimioterapia la cual debe ser anexada al documento del servicio, los protocolos, manuales y procedimientos inherentes al servicio de quimioterapia; quien atiende la visita refiere que se encuentran en actualización. Respecto al manejo y uso de medicamentos, complicaciones y efectos de medicamentos citostáticos, se encuentran en varios documentos que no son propiamente del proceso por tanto no se puede evidenciar la implementación, adicionalmente, no cuentan con kit de manejo de derrames de medicamentos citostáticos</p>	<p>11.3.7 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA</p> <p><i>14. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada:</i></p> <p><i>14.1. Recomendaciones para el tratamiento con quimioterapia.</i></p> <p><i>14.2. Manejo y uso de los medicamentos.</i></p> <p><i>14.3. Manejo de las principales complicaciones causadas por los medicamentos utilizados en el servicio.</i></p> <p><i>14.4. Comunicación al paciente, su familia o cuidador, acerca del tratamiento requerido, que incluye:</i></p> <p><i>14.4.1. Información de los medicamentos y sus efectos.</i></p> <p><i>14.4.2. Complicaciones, qué hacer cuando se presenten y como evitarlas.</i></p> <p><i>14.6. El prestador de servicios de salud realiza el seguimiento del paciente a través del equipo de salud requerido, de acuerdo con la condición clínica del paciente. quimioterapia.</i></p> <p>Se le indica al prestador que para dar cumplimiento a los criterios anteriormente mencionados deberá presentar documento que describa las recomendaciones para el tratamiento de quimioterapia, el manejo y uso de los medicamentos, en coherencia con lo definido en el servicio farmacéutico quien centraliza el proceso, y como se lleva a cabo la comunicación del paciente en el tratamiento, lo anterior deberá contemplar la información de los medicamentos y sus efectos, complicaciones y su manejo; así mismo,</p>



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

	deberá describir el seguimiento que realiza la institución al paciente.
Estándar de Historia clínica y Registros	
OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
Se evidencia durante la visita uso de dos sistemas electrónicos (MED a KIBOX) más físico, refieren tener archivo físico y custodia en disco duro fuera de la institución	<p>2. El prestador de servicios de salud cuenta con procedimientos para utilizar una historia única y para el registro de entrada y salida de historias del archivo físico. Ello implica que el prestador de servicios de salud cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud.</p> <p>Se le indica al prestador que debe unificar la historia clínica definiendo si esta será de forma electrónica o física, pero garantizando sus accesos, trazabilidad de la información, seguridad de la información sin permitir la modificación y custodia</p>
Se evidencia manejo de historia clínica en 2 software diferentes (MED a KIBOX) los cuales fragmentan la historia clínica, no permite dar trazabilidad a los registros	<p>3. Los medios electrónicos para la gestión de la historia clínica garantizan la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en esta y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.</p> <p>Se indica al prestador documentar y estandarizar los procedimientos para el manejo de la historia clínica electrónica en el software que determine la institución, incluyendo control de accesos y trazabilidad de la información, seguridad de la información sin permitir la modificación una vez se haga el registro, lo anterior dando cumplimiento al criterio</p>
Se evidencia contenidos mínimos de identificación faltantes, no se evidencian vías de administración de medicamentos en algunos registros, así como ausencia de notas de enfermería que permitan dar trazabilidad a la atención del paciente en salas de cirugía	<p>4. Las historias clínicas cuentan con los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia.</p> <p>Se le indica al prestador que se debe dar cumplimiento con la totalidad de los criterios mínimos, así como el contenido de las historias clínicas debe ser acorde a los criterios definidos en la normatividad vigente, garantizando registros completos, claros, oportunos y con adecuada custodia y confidencialidad</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					



<p>Quien atiende la visita informa que tiene historia clínica en formato físico y dos sistemas digitales ya que llevan varios meses migrando de un sistema a otro, durante el recorrido se identifica que ambos sistemas se están implementando, la custodia de esta se realiza parcialmente en discos duros en la residencia del Dr. Ramiro Sánchez, lo cual no es permitido ya que el garante de la custodia es la institución habilitada.</p>	<p>8. La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva. Se indica al prestador para dar cumplimiento se debe unificar la historia clínica, priorizando la migración a un solo sistema digital que les garantice generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe desarrollar procesos y actividades que se requieran para su manejo y gestión en el medio que defina (papel o electrónico), cumpliendo con las condiciones técnicas establecidas por la normatividad vigente.</p>
<p>Se evidencia que la institución no implementa el consentimiento informado para la consulta externa, en los servicios habilitados, solo se lleva a cabo el de los procedimientos, exámenes diagnósticos y procedimientos quirúrgicos.</p> <p>En el servicio de imágenes diagnósticas ionizantes se evidenció que se cuenta con la firma del profesional para colocarla en el formato de consentimiento, lo cual no corresponde ya que la persona que informa al paciente es la tecnóloga Gloria Aguirre. De igual manera en el contenido no se observan los riesgos ni las alternativas.</p>	<p>9. <i>El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.</i></p> <p>Se indica que en el documento se deberá contemplar la implementación del consentimiento informado en la consulta externa, y soportar la evidencia correspondiente.</p>
<p>La institución no tiene definido los documentos y registros para el proceso de Donación y Trasplantes</p>	<p>Garantizar tener los formatos y registros relacionados con el proceso de donación, para dar cumplimiento a:</p> <p><i>13. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios en la modalidad intramural para Hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos, urgencias y <u>servicios del grupo quirúrgico</u>, cuentan con:</i> 13.1. Registro de donantes detectados. 13.2. Registro de consulta del documento de voluntad anticipada de todos los pacientes fallecidos. 13.3. Registros en la historia clínica de la información sobre el proceso de donación efectuado por los profesionales de salud inscritos ante el Instituto Nacional de Salud.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

<p>Como no se contemplaba el realizar transfusiones sanguíneas en los procedimientos, no se cuenta con registros</p>	<p>Se indica que la institución debe contar con los formatos de los registros para cuando los necesiten en el caso que se realice un procedimiento de transfusión.</p> <p><i>12. Cuando se realicen procedimientos de transfusión de sangre o sus componentes, cuenta con los siguientes registros: 12.1. Información de los componentes sanguíneos. 12.2. Solicitud de los componentes sanguíneos. 12.3. Muestras tomadas para la realización de pruebas pre transfusionales. 12.4. Muestras remitidas al Banco de Sangre y resultado de las pruebas pre transfusionales con el nombre del Banco de Sangre que las realizó, cuando el prestador no cuente con el servicio de gestión pre transfusional. 12.5. Información post-transfusional. 12.6. Informe ante la secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sobre la estadística mensual de componentes sanguíneos transfundidos. 12.7. Temperaturas de los equipos biomédicos que lo requieran. 12.8. Entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o componentes sanguíneos descartados. 12.9. Transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.</i></p>
<p>No hay información relacionada con el control de calidad efectuado por parte del laboratorio Patología Diagnostica SAS a las láminas de las citologías y su procesamiento.</p> <p>Se revisa base de datos de pacientes y muestras tomadas, sin embargo, no cuenta con código institucional.</p>	<p>11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS</p> <p>El prestador debe realizar auditoria al laboratorio de citología cervicouterina externo para verificar proceso de control de calidad</p> <p>Implementar la codificación institucional garantizando su identificación, control documental y trazabilidad a lo largo del proceso. Esto para dar cumplimiento a:</p> <p><i>9.1 Pacientes y muestras tomadas</i> <i>9.4. Análisis del control de calidad y de las medidas preventivas y correctivas.</i></p>



Estándar de Interdependencia

OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
-------------	------------

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

<p>Se revisa contrato con Clínica Nueva con otro sí vigente hasta el 2024, en la cláusula de supervisión no se observa frecuencia y tampoco se tienen soportes de la realización de algún tipo de actividad. No dice algo específico para el servicio de gestión pretransfusional</p> <p>Presentan documento de alianza estratégica con la Clínica Palermo y en el objeto contractual habla sobre servicios de apoyo diagnóstico y otros complementarios, no hay supervisión. En el anexo de tarifas aparecen todos los servicios de la clínica. No dice algo específico para el servicio de gestión pretransfusional</p> <p>Presentan contrato para el servicio de transporte de ambulancias con la empresa J&E QUALITY HEALTH SYSTEMS SAS donde no se observa los tiempos de respuesta y no hay supervisión.</p> <p>Presentan contrato para el servicio de patología y laboratorio de citología con PATOLOGIA DIAGNOSTICA S.A.S., donde no se observa los tiempos de respuesta, conocimiento de los procedimientos, ni supervisión.</p> <p>Aunque se cuenta con contrato con SYNLAB el equipo de calidad informa que no realizan actividades de toma de muestras de laboratorio clínico.</p>	<p><i>1. Cuando el servicio interdependiente sea contratado, debe mediar un contrato o un acuerdo escrito entre las dos partes, en el que se establezca que el servicio interdependiente apoya el servicio principal, estableciendo como mínimo:</i> 1.1 Calidad en la entrega de los productos. 1.2 Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente. 1.3 Tiempos de entrega de los productos. 1.4 Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado.</p> <p><u>Si realiza exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria</u></p> <p>43. Disponibilidad de:</p> <p>43.1. Servicio de hospitalización.</p> <p>43.2. Servicio de imágenes diagnósticas, cuando se requiera según lo documentado por el prestador en el estándar de procesos prioritarios.</p> <p>43.3. Servicio de gestión pre transfusional.</p> <p>43.4. Servicio de transporte asistencial</p> <p>43.5. Servicio de laboratorio clínico.</p> <p>43.6. Servicio de patología.</p> <p>43.7. Servicio farmacéutico.</p> <p>Se indica que de cada uno de los servicios en disponibilidad de acuerdo con el criterio deben tener un contrato vigente donde se establezca los tiempos de entrega, la calidad de la entrega de los productos, y como se realizara la supervisión al contratista, en específico se aclara que el servicio de gestión pretransfusional por contar con cirugía ambulatoria y los tipos de cirugía que están ofertando de manera comercial deben dar cumplimiento a los criterios de todos los estándares que les aplican al no tenerlo habilitado pero si contratado.</p>
--	--

<p>Para la auditoría de calidad, de normas complementarias y paciente trazador:</p> <p>Se hace revisión de los soportes de la ejecución de los componentes Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad operativizada por el PAMEC y Sistema de Información de la Calidad – SIC.</p> <p>1. Para el componente PAMEC la profesional encargada presenta reporte de Circular 012 de 2016, de la vigencia 2025, con fecha 25/02/2026, se encuentran 28 actividades planeadas, 28 actividades ejecutadas, 4 auditorías de seguimiento a la ejecución del PAMEC y 3</p>
--

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

auditorías realizadas, 7 documentos soporte, de los procesos priorizados se reporta consulta externa.

Para los soportes de la ejecución del PAMEC para la vigencia 2025, se encuentra documento PAMEC 2026 y matriz de ejecución de la Ruta Crítica, con alcance en Seguridad del Paciente, con inconsistencias de implementación, evidenciando no coherencia entre lo reportado y lo presentados para las 2 sedes de Bogotá.

Se da retroalimentación en la elaboración del documento PAMEC y la implementación de la ruta crítica, se explica la Guía Metodológica para la Implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud desarrollada por esta Subdirección que se encuentra disponible en el siguiente enlace, https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/GUIA_PAMEC-010V.1_.pdf, de la página de la Secretaría Distrital de Salud, se explica que pueden usar las matrices para implementar la ruta crítica del PAMEC, que se encuentran en la misma página.

Se recomienda separar el PAMEC por cada sede para que sea más fácil el seguimiento en cuanto a los planes de mejora y la meta a alcanzar al finalizar el ciclo anual, se recuerda que el Decreto 780 de 2016 recomienda enfocarse en la mejora continua de la calidad de la atención en salud y la satisfacción del usuario.



De acuerdo con las falencias evidenciadas en la asistencia técnica, en la ejecución de la ruta crítica, se recomiendan sean aclaradas en asistencia técnica y/o participación a las capacitaciones impartidas por esta Subdirección, se recomienda completar estos soportes para la visita de verificación desde la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

- Para el componente SIC, no presentan los archivos planos de cada trimestre de 2025, ni correos de soporte del correspondiente cargue, se verifica en el Observatorio Nacional de la Calidad en Salud encontrando que reportan Caídas en Hospitalización, Caídas en Urgencias, Complicaciones con medicamentos tanto en urgencias como en hospitalización y Ulceras por presión, sin tener estos servicios habilitados. Se da instrucción de correcto diligenciamiento de archivo plano para que se haga adecuadamente a partir del reporte de II Trimestre 2026, Se revisa matriz de análisis del comportamiento de los indicadores para 2025 y se explica metodología entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social para este componente y se explica y entrega el documento que se encuentra en el siguiente enlace; <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>, se explica la importancia de los reportes de los indicadores de calidad según servicios habilitados y su correspondiente análisis y plan de acción.

Paciente Trazador:

Se eligen una Historia clínica al azar para hacer trazabilidad de las atenciones y las características de calidad, según Decreto 780 de 2016, se elige una paciente, sexo femenino de 44 años, con diagnóstico de nódulo mamario seno izquierdo con crecimiento rápido (Birads 4), que pertenece al régimen contributivo de la EAPB Compensar, plan de tratamiento, Cuadrantectomía seno izquierdo + colgajo de piel.

Atributos de Calidad	Análisis del paciente Trazador
----------------------	--------------------------------

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Accesibilidad	La paciente accede sin barreras al servicio de anestesia y cirugía oncológica, para la remoción del nódulo mamario. Se garantiza disponibilidad de recurso humano y físico para la atención, facilitando la entrada oportuna al sistema
Oportunidad	El tiempo transcurrido entre la valoración y remisión para el tratamiento recibido, y el momento de atención se considera oportuno.
Seguridad	Se asegura atención por equipo interdisciplinario y cumplimiento de flujos asistenciales. En el estándar de historia clínica se encuentran las inconsistencias de la atención como son: Se encuentra que la historia clínica se diligencia en dos softwares diferentes y se manejan formatos físicos, el espacio de responsable , no se encuentra diligenciado. Se evidencia la obtención de consentimiento informado para cada uno de los procedimientos realizados; Por consiguiente, se considera una atención segura para el paciente.
Pertinencia	El manejo del diagnóstico inicial y la atención se ajustan a la condición clínica y a las guías institucionales de atención
Continuidad	Se observa articulación entre los diferentes servicios, garantizando continuidad en la atención integral de la paciente

Registro fotográfico





**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



ACTA DE REUNIÓN

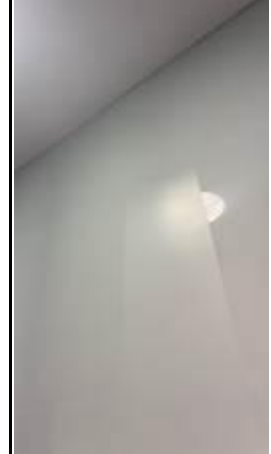
Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
---------	----------------	----------	---

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

2.



3.



4.



5.



6.



7.



8.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



ACTA DE REUNIÓN

Código: SDS-DFO-FT-001 Versión: 1

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

9.



10.



10.



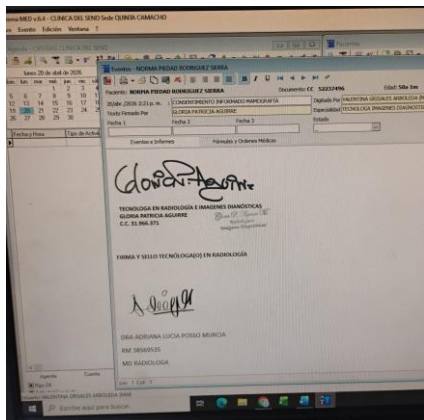
11.





12.



14.



1. En los planos indicativos de ruta de evacuación no se evidencia señalización del punto de encuentro.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

2. Se evidencia mobiliario al interior de la de cirugía, lo cual no facilita procesos adecuados de limpieza y desinfección.
3. Se evidencia formación de aristas y ausencia de media caña en la unión con las divisiones en vidrio con muros, pisos y pared al interior del servicio de cirugía.
4. En los consultorios donde realizan procedimientos, se evidencia falta de media caña en la unión formada entre la división en vidrio y el piso.
5. Ambiente para el lavado de patos no cuenta con sistema sanitario para el descarte, ni lavamanos.
6. Rampa al interior del servicio de cirugía, no cuenta con pasamanos.
7. Preparación de pacientes, no cuenta con delimitación de barrera física fija, por tanto, no configura un ambiente con barrera física fija piso y techo.
8. Único lavamanos ubicado al inicio del proceso de esterilización fuera de los ambientes de la central, el cual se encuentra al ingreso del ambiente de aseo el cual no permite cerrar la puerta.
9. Nevera para almacenamiento de muestras de patologías al interior del servicio de cirugía con estiba en madera.
10. Unidad sanitaria y área para casilleros ubicadas fuera del ambiente de quimioterapia.
11. Barrera arquitectónica (escalón) para acceso a unidad sanitaria en el ambiente presentado para el servicio de toma de muestras de cuello uterino.
12. Consultorios donde realizan procedimientos, no cuentan con mesón de trabajo.
13. Se evidencian cables expuestos en el ambiente de toma de muestras.
14. Consentimientos con firmas previas del profesional que no está en el servicio

COMPROMISOS*		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar las acciones correspondientes de acuerdo con las sugerencias y recomendaciones, producto de la asistencia técnica y asegurar el cumplimiento de los criterios de habilitación.	CLINICA DEL SENO IPS LTDA CRA 11 # 68 36	A partir de la fecha de acta de reunión.

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión		
¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)	
Si (X)	No ()	Se anexa listado de asistencia a reuniones

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



ACTA DE REUNIÓN

Código: SDS-DFO-FT-001 Versión: 1

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

**DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES

Código: SDS-DFO-FT-004 Versión: 1

Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Tema: Asistencia Técnica en Campo Clínica del Seno IPS Fecha: Abril-20-2026

Hora Inicio: 08:30 am Hora Fin: 04:00 pm Lugar: Clínica del Seno - Kr 11# 68-36

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TÉLEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Luz Angela Manquillo Erazo	SDS - SCSSS	Profesional E.	3649090	LManquillo@saludcapital.gov.co	
2	Daniela Ortiz Gómez	SDS - SCSSS	Profesional E.	3649090	dortiz@saludcapital.gov.co	
3	Patricia Catalina Padilla	SDS - SCSSS	Profesional E.	3649090	rcatalina@saludcapital.gov.co	
4	Andrés Leal Fierro	SDS - SCSSS	Profesional E.	3649090	apero@saludcapital.gov.co	
5	Lilbeth Velez A.	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	LVelez@saludcapital.gov.co	
6	Yare Diaz Pardo	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	YDiaz@saludcapital.gov.co	
7	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
8	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
9	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
10	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
11	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
12	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
13	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
14	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
15	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
16	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	
17	Juan Sebastian Jimenez	SDS - SCSSS	Prof. Especialista	3649090	JSJimenez@saludcapital.gov.co	

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



ACTA DE REUNIÓN

Código: SDS-DFO-FT-001 Versión: 1

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL	
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES	
Código: SDS-DFO-FT-004	Versión: 1
Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo	

Tema: Asistencia Técnica en Grupo Clínica del Sero IPS Fecha: Abril 20 - 2026

Hora Inicio: 08:30 am Hora Fin: 04:00 pm Lugar: Clínica del Sero XE 11 No 68-36

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Andrés Sánchez	Clínica del Sero IPS	Dr. General	3164474131	gsanchez@clinicaelsero.com	A. Sánchez
2	Glenn Lizette Villegas	SDS - SSCSS	Prof. Asesor	3213741673	glizettevillegas@capital.gov.co	Glenn Lizette Villegas
3	Alvaro Elías Samir	Clínica del Sero	Al. Asesor	3104340323	inovabero89@gmail.com	Alvaro Elías Samir
4	Diego Alvaro León	Clínica del Sero	Al. Asesor	316313768	ldleon82@gmail.com	Diego Alvaro León
5	Fredy David Castillo	Clínica del Sero	Int. MX	3142061546	lulucastillo27@gmail.com	Fredy David Castillo
6	Andrés Felipe Díaz	SDS - SSCSS	Prof. Especial	30055002	andresfelipe.diaz@capital.gov.co	Andrés Felipe Díaz
7	Clara Patricia Jiménez	SDS - SSCSS	Tec. Radiología	31966371	clara.patricia.jimenez@capital.gov.co	Clara Patricia Jiménez
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Carrera 32 No. 12-81 Tel.: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



ACTA DE REUNIÓN

Código: SDS-DFO-FT-001 Versión: 1

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL	
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES	
Código: SDS-DFO-FT-004	Versión: 1
Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo	

Tema: Asistencia Técnica en Campo Clínica del Sero IPS Fecha: Abril 21 2026

Hora Inicio: 08:30 am Hora Fin: 04:00 pm Lugar: Clínica del Sero - KR 41 No 58-36

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Rocio Carolina Pedraza Bora	SDS - SCSS	Profesora General	3649090	rocioc@seroips.com.co	
2	Mora Unigay Gálvez Silva	SDS - SCSS	Profesora	3649090	unigay@seroips.com.co	
3	Andrés Vela	SDS - SCSS	Prof. Sero	3649090	andres@seroips.com.co	
4	Lilbeth V. González A.	SDS - SCSS	Prof. Especialista	3649090	lilbeth@seroips.com.co	
5	Andrea Isabel Forero	SDS - SCSS	Prof. Espe	3649090	andrea@seroips.com.co	
6	Carla Ríos Pardo	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	carla@seroips.com.co	
7	Daniela Sandoval	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	daniela@seroips.com.co	
8	John Páez	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	john@seroips.com.co	
9	Soledad Coronado	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	soledad@seroips.com.co	
10	Juan Sebastián Jiménez	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	juan@seroips.com.co	
11	Melany Montaña Pardo	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	melany@seroips.com.co	
12	Angela Patricia Cortés	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	angela@seroips.com.co	
13	Alejandra Cárdenas	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	alejandra@seroips.com.co	
14	Adriana Cárdenas	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	adriana@seroips.com.co	
15	Daniela Vela	Clínica del Sero	Prof. Especialista	3649090	daniela@seroips.com.co	
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



ACTA DE REUNIÓN

Código: SDS-DFO-FT-001 Versión: 1

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

		DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES	
Código:	SDS-DFO-FT-004	Versión:	1
Elaborado por: Luis Carlos Martínez, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo			

Tema: Asistencia Técnica en Grupo Clínica del Sano Fecha: Abril - 22 - 2016

Hora Inicio: 08:30 am Hora Fin: 04:00 pm. Lugar: Clínica del Sano - Kr 11 No. 68 - 36

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TÉLEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Daniela Ortiz Gómez	SDS-SCSS	Asesoría Ejec	312933398	dortiz@saludcapital.gov.co	Daniela Ortiz
2	Luz Angela Manquillo Erazo	SDS-SCSS	Asesoría Ejec	3649090	LManquillo@saludcapital.gov.co	Luz Angela
3	Andrea V. Ortiz	SDS-SCSS	Prof. Especialista	3649090	andreaortiz@saludcapital.gov.co	Andrea V. Ortiz
4	Gloria Luzette Villalobos	SDS-SCSS	Prof. Especialista	3649090	gloriavillalobos@saludcapital.gov.co	Gloria Villalobos
5	David P. Gaitán	SDS-SCSS	Prof. Especialista	3649090	dpgaitan@saludcapital.gov.co	David P. Gaitán
6	Neidy Yolanda Doria	Clínica del Sano	Prof. Especialista	312933398	ndoria@clinsano.gov.co	Neidy Yolanda Doria
7	Carolina Ortiz Gómez	SDS-SCSS	Prof. Especialista	3649090	carolinaortiz@saludcapital.gov.co	Carolina Ortiz
8	Carolina Flaca Monte	Clínica del Sano	Prof. Especialista	3649090	carolinaflaca@clinsano.gov.co	Carolina Flaca Monte
9	Alexandra González	Clínica del Sano	Prof. Especialista	3649090	alexandra@clinsano.gov.co	Alexandra González
10	Patricia Ospina	SDS-SCSS	Prof. Especialista	3649090	patriciaospina@saludcapital.gov.co	Patricia Ospina
11	Andrea Isabel Forero	SDS-SCSS	Prof. Especialista	3649090	andreaforero@saludcapital.gov.co	Andrea Isabel Forero
12	Lilbeth V. González A.	SDS-SCSS	Prof. Especialista	3649090	lilbethv@saludcapital.gov.co	Lilbeth V. González A.
13	Daniela Ortiz Gómez	Clínica del Sano	Prof. Especialista	3649090	dortiz@clinsano.gov.co	Daniela Ortiz
14						
15						
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011