


 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 AL PRESTADOR INDEPENDIENTE JAIME JAIR CABALLERO PEREZ CRA. 13 # 49-30 CS. 201- 7 ABRIL 2026**

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

Objetivo:	Fecha: 07/04/2026			
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: CRA. 13 # 49-30 Consultorio 201			
	Hora Inicio: 10:40 am Hora Fin: 12:30 m Notas por: Paola Andrea Lievano, Martha Stella Sandoval, Laura Viviana Gallego Próxima Reunión: No Aplica Quien cita: No Aplica			

DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA DE LA VISITA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión de apertura 2. Presentación del equipo de trabajo 3. Recorrido 4. Revisión documental 5. Diligenciamiento del acta A. Cierre de la visita
Profesional Independiente Dr. JAIME JAIR CABALLERO PEREZ CC 91079719 CRA. 13 # 49-30 CS. 201 Correo: jaimejcaballero@gmail.com 304- CIRUGÍA GENERAL
Servicio: Se realiza visita de asistencia técnica al servicio en mención. Durante la verificación en sitio, no se encuentra presente el profesional responsable (médico especialista), por lo cual la atención de la visita es asumida por el asesor de calidad de la institución. De acuerdo con la revisión en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el servicio reporta horario de atención de lunes a viernes de 13:00 h - 20:00 h . Sin embargo,

 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					

durante el recorrido se evidencia que el servicio, aunque se encuentra habilitado, no está siendo prestado al momento de la visita.



La asistencia técnica se desarrolla mediante recorrido por las instalaciones del consultorio, toma de evidencias fotográficas y revisión documental realizada con el acompañamiento del asesor de calidad

Se ingresa al consultorio 201, en los que se hace énfasis que la asistencia técnica no es vinculante con las acciones que adelanta la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y que el prestador es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables de los servicios habilitados.

La asistencia técnica brindada se enmarca dentro de la tipología de Orientación Técnica definida en el Lineamiento De Asistencia Técnica Secretaría Distrital De Salud 2022 con la formulación de indicaciones técnicas precisas e instruccionales frente a las estrategias, mecanismos o herramientas que facilite operativizar la normatividad vigente y la implementación de políticas, lineamientos y procedimientos reglamentarios, comparando el cumplimiento del criterio del estándar con lo observado en el momento de la asistencia mediante inspección visual dentro de cada consultorio y revisión documental cuando el prestador tiene disponible los documentos o la historia clínica.

OBSERVACIONES E INDICACIONES:

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="CC"/> <input type="text" value="91079719"/> - <input type="text"/> Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <input type="button" value="▼"/> <input type="button" value="Prestadores acreditados en salud"/>					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento	<input type="text" value="Bogotá D.C."/> <input type="button" value="▼"/>		Municipio	<input type="text" value="BOGOTÁ"/> <input type="button" value="▼"/>	
Código de Prestador	<input type="text" value="1100141700"/> - <input type="text" value="01"/>				
Nombre del Prestador	<input type="text" value="JAIME JAIR CABALLERO PEREZ"/>				
Clase de Prestador	<input type="text" value="Profesional Independiente"/> <input type="button" value="▼"/>		Empresa Social del Estado	<input type="text"/> <input type="button" value="▼"/>	
Dirección	<input type="text" value="CRA. 13 # 49-30 CS. 201"/>				
Teléfono(s)	<input type="text" value="3219900255"/>				
Fax	<input type="text"/>				
Correo Electrónico	<input type="text" value="jaimejcaballero@gmail.com"/>				
Razón Social	<input type="text" value="JAIME JAIR CABALLERO PEREZ"/>				
Representante Legal	<input type="text"/>				
Nivel Atención Prestador	<input type="text"/> <input type="button" value="▼"/>	Carácter Territorial	<input type="text"/> <input type="button" value="▼"/>		
Fecha de Inscripción	<input type="text" value="20250211"/>	Fecha de Vencimiento	<input type="text" value="20290210"/>		

 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

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES														
NIT/CC: 91079719 - <input type="checkbox"/> Naturaleza Jurídica: Privada																			
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR																			
Código del Prestador: 1100141700 - 01 Clase de Prestador: Profesional Indepe																			
Empresa Social del Estado: <input type="checkbox"/> Nivel Atención Prestador: <input type="checkbox"/> Carácter Territorial: <input type="checkbox"/>																			
DATOS DE LA SEDE																			
Departamento: Bogotá D.C. Municipio: BOGOTÁ																			
Código de la Sede: 1100141700 - 01																			
Nombre de la Sede: JAIME JAIR CABALLERO PEREZ																			
SERVICIO																			
Grupo: Consulta Externa Número Distintivo de Habilitación del Servicio: DHSS0692813																			
Servicio: 304-CIRUGÍA GENERAL																			
Horarios																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lunes</th> <th>Martes</th> <th>Miércoles</th> <th>Jueves</th> <th>Viernes</th> <th>Sábado</th> <th>Domingo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13:00A20:00</td> <td>13:00A20:00</td> <td>13:00A20:00</td> <td>13:00A20:00</td> <td>13:00A20:00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	13:00A20:00	13:00A20:00	13:00A20:00	13:00A20:00	13:00A20:00		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo													
13:00A20:00	13:00A20:00	13:00A20:00	13:00A20:00	13:00A20:00															
Intramural																			
SI																			
Extramural																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalidad extramural Unidad móvil</th> <th>Modalidad extramural Domiciliario</th> <th>Modalidad extramural Jornada de salud</th> <th>Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH	NO	NO	NO							
Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH																
NO	NO	NO																	

ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA:



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.

No presenta concepto Higiénico Sanitario, sin embargo, presentan la solicitud radicada para obtener el certificado. Para la visita de certificación, podrá presentar la solicitud si no ha recibido la visita, de lo contrario debe presentar el concepto favorable, de manera que dé cumplimiento al criterio 17.

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.

Los planos indicativos de ruta de evacuación ubicados en el segundo piso no cuentan con la señalización del punto de encuentro, por lo anterior, se debe dar ajuste a los planos indicativos de ruta de evacuación de manera que dé cumplimiento a lo establecido en criterio 22.

28.1. Consultorio donde se realiza examen físico: Ambiente con mínimo 10 m2 (sin incluir la unidad sanitaria) que cuenta con: 28.1.1. Área para entrevista. 28.1.2. Área de examen. 28.1.3. Lavamanos. No se exige adicional si el consultorio cuenta con unidad sanitaria. 28.1.4. Las áreas están separadas entre sí por barrera física fija o móvil, con excepción de los consultorios del servicio de urgencias, optometría y oftalmología, donde no se requiere.

 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					

28.2. Consultorio donde se realizan procedimientos: Ambiente con mínimo 10 m2 (sin incluir la unidad sanitaria) que cuenta con: (...)28.2.4. Mesón de trabajo. 28.2.5. Poceta, cuando la requiera, según los procedimientos que el prestador documente en el estándar de procesos prioritarios. (...)

Durante el recorrido por el consultorio presentado, se evidencia área de entrevista separada por barrera física fija del área de examen físico con media caña en la unión entre el piso y el muro, configurando un consultorio donde se realizan procedimientos. Sin embargo, durante la visita de asistencia técnica no fue posible confirmar si se realiza algún procedimiento en este consultorio.

De acuerdo con lo establecido para los consultorios donde se realizan procedimientos, deben contar con mesón de trabajo y poceta. Se debe documentar el tipo de procedimiento que se realiza en el consultorio de manera que se defina y cumpla con los criterios de un consultorio donde se realiza examen físico o consultorio donde se realiza procedimientos, el cual debe corresponder a lo documentado en procesos prioritarios.

41. Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados.

Durante la asistencia técnica, no evidencias procesos adecuados de limpieza y desinfección en el área de examen o procedimientos, ni en la unidad sanitaria ubicada al interior del consultorio. Se deben garantizar condiciones adecuadas de orden, aseo, limpieza y desinfección de manera que cumplan con el criterio 41. Adicionalmente, se observó almacenamiento inadecuado de insumos de aseo, este se debe realizar en un área (mueble) específico para este fin.

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.



Se observa ausencia de media caña en uniones entre el muro y el piso. Se indica que para los consultorios donde se realizan procedimientos se debe garantizar uniones en media caña de acuerdo con lo dispuesto en el criterio 44.

11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL. Estándar de infraestructura. 10. Disponibilidad: 10.2. Mínimo una (1) unidad sanitaria de uso mixto, apta para personas con movilidad reducida, cuando el prestador cuente con hasta dos consultorios o ambientes de entrevista.

Durante la asistencia técnica, no se pudo verificar la disponibilidad de las unidades sanitarias para personas con movilidad reducida, se debe garantizar el cumplimiento de acuerdo a lo establecido para el estándar de infraestructura del servicio de consulta externa en el criterio 10.2.

ESTANDAR DE DOTACION:

Durante la verificación del estándar de dotación, se evidencia que el prestador no cuenta con un registro completo y actualizado de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la

 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					

prestación del servicio, el cual debe incluir como mínimo la identificación, características técnicas, estado, ubicación y soporte de mantenimiento.

Adicionalmente, en el recorrido se observa la presencia de equipos biomédicos con acumulación de partículas contaminantes, lo que representa un riesgo potencial para la seguridad del paciente y el cumplimiento de condiciones de asepsia.

No se evidencian hojas de vida de los equipos, ni registros de mantenimiento preventivo y correctivo que permitan garantizar su adecuado funcionamiento, trazabilidad y gestión del riesgo tecnológico.

Entre los equipos observados se encuentran una báscula y un equipo de órganos, los cuales presentan las condiciones previamente descritas.

Se indica dar cumplimiento a los siguientes criterios:

1. *El prestador de servicios de salud cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud, este registro cuenta como mínimo con la siguiente información:*

1.1. *Nombre del equipo biomédicos.*

1.2. *Marca.*

1.3. *Modelo.*

1.4. *Serie.*

1.5. *Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera.*

1.6. *Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.*

Página 68

Se debe relacionar equipos biomédicos en uso, el pulsioxímetro deberá aportar factura de compra, permiso de comercialización o registro Invima vigente, dado que es un equipo con clasificación de riesgo IIB.



4. *La dotación de los servicios de salud está en concordancia con lo definido por el prestador en el estándar de procesos prioritarios.*

Se debe definir el uso del pulsioxímetro en la consulta. De ser así, se deberá aportar y relacionar dicho equipo como establece el criterio 1 y 2 del estándar de dotación.

ESTANDAR DE MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS.

Durante la verificación del estándar de dispositivos médicos, se evidencia que el prestador no cuenta con información documentada completa que permita la verificación y seguimiento de los dispositivos médicos de uso humano, conforme a los criterios establecidos (descripción, marca, serie, presentación comercial, registro sanitario vigente, clasificación de riesgo, vida útil, lote y fecha de vencimiento).

En el recorrido se identifican productos como jabón de clorhexidina en solución jabonosa y solución tópica con fecha de vencimiento expirada, lo que representa un riesgo para la seguridad del paciente y el incumplimiento de las condiciones de calidad.

 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					

Adicionalmente, se evidencia almacenamiento inadecuado de dispositivos e insumos médicos, tales como mascarillas faciales y batas, los cuales se encuentran sin control de condiciones ambientales (temperatura y humedad), sin garantizar su conservación, integridad y calidad.

Se indica el cumplimiento de los siguientes criterios aplicados al servicio habilitado.

2. Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información:

2.1. Descripción.

2.2. Marca del dispositivo.

2.3. Serie (cuando aplique).

2.4. Presentación comercial.

2.5. Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima.

2.6. Clasificación por riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización).

2.7. Vida útil, cuando aplique.

2.8. Lote

2.9. Fecha de vencimiento

Se indica que todos los dispositivos médicos en uso deberán estar registrados con los datos descritos previamente, que coincidan en la verificación.

6. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la planeación y ejecución de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que garanticen el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, cuando aplique.



7. Se indica que deberá soportar todos los reportes trimestrales al programa de tecnovigilancia del prestador.

ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS

1.El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Página 73

Se evidencia que el prestador de servicios de salud en modalidad de profesional independiente no cuenta con una política de seguridad del paciente formalmente documentada, implementada y alineada con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta situación limita la estandarización de prácticas seguras en la atención, así como la identificación, gestión y prevención de riesgos asociados a la seguridad del paciente. Se indica El prestador debe diseñar, documentar, adoptar e implementar una política de seguridad del paciente conforme a los lineamientos vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta debe incluir objetivos claros, estrategias para la identificación y gestión de riesgos, reporte de eventos adversos y acciones de mejora continua. Adicionalmente, se recomienda socializar la política y asegurar su aplicación en la práctica diaria, estableciendo mecanismos de seguimiento y evaluación periódica

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:

 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					

4.1. *Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación)*

4.2. *Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.*

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).*

4.4. *Detectar, analizar y gestionar eventos adversos*

4.5. *Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.*

*Las prácticas seguras deberán reflejar la realidad implementada en la consulta, se indica que se debe ajustar documento que describe como gestiona y desarrolla la adecuada comunicación de los pacientes, que incluya los enfoques diferenciales, se debe ajustar documento para garantizar adecuado lavado de manos, dado que el jabón presentado no está acorde al servicio médico. No documenta la funcionalidad del consentimiento informado, porque no lleva consentimiento informado para la consulta, se indica que deberá documentarlo e implementarlo.

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:*

5.1. *Capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención.*

5.2. *Actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad.*

* Se debe soportar capacitaciones en seguridad del paciente , e incluir actividades que se socialicen a pacientes, allegados en el autocuidado de su seguridad.



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.*

* Deberá contar con información documentada completa y actualizada sobre las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio, acorde con su objeto, alcance y enfoque diferencial. Asimismo, no se dispone de guías de práctica clínica (GPC), procedimientos y protocolos de atención, u otros documentos definidos por el prestador, que integren de manera estructurada los componentes de talento humano, equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos. Esta situación limita la estandarización de la atención y puede afectar la calidad y seguridad del servicio prestado.

8. *Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente.*

9. *El prestador de servicios de salud de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio define la guía o guías de práctica clínica a adoptar, o adaptar o desarrollar.*

10. *El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la adopción, o adaptación o desarrollo de guías práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica.*

 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					

*Se indica que se debe contar con documento que establezca si se realiza la adopción de guías de práctica clínica en caso de ser internacionales, o protocolos basados en evidencia científica, con implementación de dicha metodología de adopción.

12. El prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:

12.2. Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies.

12.5. Aspectos de bioseguridad acordes con las condiciones y características del servicio.

12.6. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales



*Se indica que el documento presentado, deberá reflejar las condiciones de limpieza y desinfección, las limpiezas rutinarias, diarias y terminales; las persianas deberán considerar la manera de garantizar limpieza y desinfección o el retiro o remplazo con material de fácil limpieza y desinfección. Durante el recorrido se evidencia la presencia y uso de productos de tipo doméstico en la prestación del servicio de salud, los cuales no cumplen con las características ni especificaciones requeridas para uso hospitalario. Esta situación puede comprometer las condiciones de bioseguridad, desinfección y control de infecciones, incrementando el riesgo para los pacientes y el personal. El prestador debe sustituir los productos de uso doméstico por insumos certificados para uso hospitalario, garantizando que cumplan con la normatividad vigente y estándares de calidad y bioseguridad. Asimismo, se recomienda documentar su uso dentro de los protocolos institucionales, capacitar al personal en su correcta aplicación y establecer mecanismos de control y verificación periódica para asegurar su adecuado manejo, así mismo deberá presentar las fichas técnicas de los productos.

*El prestador debe adquirir, disponer y mantener un kit para la atención de derrames de sangre y otros fluidos corporales, conforme a los lineamientos de bioseguridad vigentes. Este debe incluir los insumos necesarios (elementos de protección personal, material absorbente, desinfectantes adecuados, entre otros), así como contar con un protocolo documentado para su uso. Adicionalmente, se recomienda capacitar al personal en su correcta utilización y establecer mecanismos de verificación periódica para garantizar su disponibilidad y condiciones adecuadas.

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. 17.3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: 17.3.1. Diligenciamiento del formato de referencia de pacientes. 17.3.2. Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. 17.3.3. Resumen de historia clínica. 17.3.4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correo, entre otros). 17.3.5. Talento humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso. 17.3.6. La referencia de pacientes que se detecten como víctimas de violencia sexual debe hacerse a un servicio de urgencias.

*El prestador debe elaborar, documentar e implementar el procedimiento de referencia de pacientes conforme a la normatividad vigente, incluyendo criterios de remisión, rutas de atención, canales de comunicación y registro de las remisiones realizadas. Asimismo, se recomienda socializar este procedimiento y establecer mecanismos de seguimiento que aseguren su adecuada aplicación y continuidad en la atención del paciente.

21. El Profesional Independiente de Salud y las Entidades con Objeto Social Diferente que oferten y presten servicios de salud de los grupos de consulta externa y los prestadores de servicios de salud de Transporte Especial de Pacientes cuentan con documento del proceso que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.

 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					

Se debe documentar el proceso de atención a víctimas de violencia sexual acorde al alcance del profesional independiente.

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS



Durante la visita de asistencia técnica, no se evidencia la disponibilidad de historias clínicas de los usuarios, lo que impide verificar el cumplimiento del proceso de apertura de historia clínica en la atención de primera vez, así como la existencia de registros clínicos para los pacientes atendidos.

De igual manera, no se logra evidenciar la implementación de procedimientos para el manejo de historia clínica única, ni mecanismos para el control de ingreso y salida de historias del archivo físico, que garanticen la unificación, disponibilidad, trazabilidad y acceso oportuno a la información por parte del equipo de salud.

Lo anterior limita la verificación del cumplimiento de los criterios establecidos para el estándar de historia clínica en la prestación de servicios de salud

Se indica el cumplimiento de los siguientes criterios:

- Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica.*
- 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.*
- 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.*
- Las historias clínicas cuentan con los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia.*
- La historia clínica y los registros asistenciales se diligencian en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.*
- Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.*
- El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultánea o inmediatamente después de la atención en salud.*
- 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.*
- 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*

 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

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.

10. Cuando el prestador de servicios de salud utilice mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones, para lo cual el prestador presentará un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS CONSULTORIO 201





**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

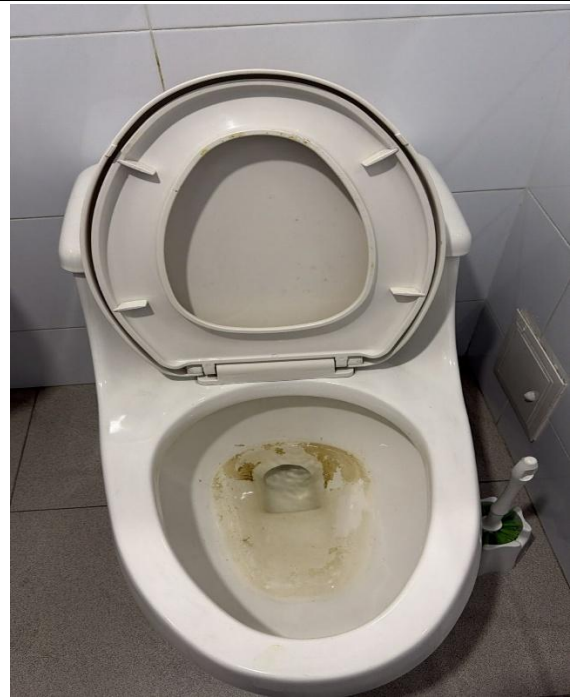
Código:

SDS-DFO-FT-001

Versión:

1

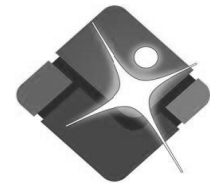
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo





**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
---------	----------------	----------	---

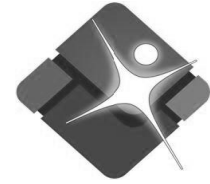
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Álvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo





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

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


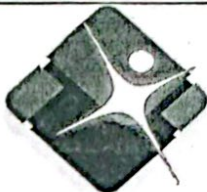


ACTA DE REUNIÓN

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




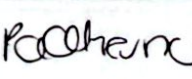

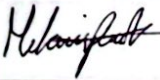
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PLANEACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

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

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar las acciones correspondientes de acuerdo con las orientaciones e indicaciones, producto de la asistencia técnica y asegurar el cumplimiento de los criterios de habilitación.	Profesional independientes	A partir de la fecha de acta de reunión

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Laura Viviana Gallego Silva	lvgallego@saludcapital.gov.co	3649090	SDS SCSSS	
2	Ricardo A. Lleras Prieto	rprieto@saludcapital.gov.co	3644090	SDS SCSSS	
3	Martha Gisel Sandoval	mssandoval@saludcapital.gov.co	3132118255	SDS SCSSS	
4	Melany Prieto Polido	Qualityhealthsolution@gmail.com	3142600177	CI 50 #9 -67	
5.					
6.					
7.					
8.					

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 <input checked="" type="checkbox"/> No ()	

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