


 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> 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 PROFESIONAL INDEPENDIENTE ANDRES MENENDEZ BARRETO CC 79247879**

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

Objetivo:	Fecha: 27/04/2026		
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 (x)	Capacitación ( )
		Orientación ( )	Acompañamiento ( )
	Otro ( ) _____		
	Modalidad:	Presencial (x)	Virtual ( )
	Lugar: CARRERA 23 # 124 70 CS 201 A EDIFICIO SANTA BARBARA PLAZA PH		
	Hora Inicio: 11:00 a.m. Hora Fin: 01:00 p.m.		
	Notas por: Diana Patricia Grillo, Laura Viviana Gallego, Rocío Catalina Padilla		
	Próxima Reunión: No Aplica		
	Quien cita: No Aplica		

DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA DE LA VISITA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunión de apertura</li> <li>2. Presentación del equipo de trabajo</li> <li>3. Recorrido</li> <li>4. Revisión documental</li> <li>5. Diligenciamiento del acta</li> <li>6. Cierre de la visita</li> </ol> <p>Se ingresa al consultorio 201A, 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.</p> <p>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.</p> <p>ANDRES MENENDEZ BARRETO CC 79.247.879 CRA 23 NUMERO 124-70 - CONSULTORIO 201 A</p>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> 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					

### 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL

#### OBSERVACIONES E INDICACIONES:

#### INSCRIPCIÓN:

Una vez verificado el REPS, se identifica que se comparte horario con otro profesional en el mismo consultorio los sábados en la jornada de la mañana. Por lo anterior, se indica realizar novedad de servicio para el cambio de horario de prestación de servicio.

#### ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA

*3. Cuando en una edificación de uso exclusivo de salud funcione más de un prestador de servicios de salud con servicios de los grupos de consulta externa y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, cada prestador cuenta con infraestructura separada y delimitada físicamente. Se pueden compartir los siguientes ambientes y áreas: aseo, salas de espera y unidades sanitarias. Página 61. (4.3. Definiciones del estándar de infraestructura. (...)Aseo. Ambiente con lavatraperos y área para almacenamiento de insumos y elementos de aseo. Página 26.)*

Se evidencia almacenamiento de insumos de aseo al interior de la unidad sanitaria, sin embargo, no se identifica área específica para esto. Se indica que al tener compartido el ambiente de aseo con la edificación, y de acuerdo con lo informado por el profesional a cerca del uso de insumos desechables, debe configurar en su consultorio área para almacenamiento de insumos y elementos de aseo específica para este fin.



#### ESTÁNDAR DE DOTACIÓN:

*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.*

La relación de equipo biomédicos deberá contar con los datos solicitados previamente descritos, que correspondan para cada equipo.

*2. El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, para lo cual cuenta con: 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. 2.2. Hoja(s) de vida del(los) equipo(s) biomédicos(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda.*

Se recuerda que el documento de mantenimiento de quipos deberá incluir las recomendaciones dadas por los fabricantes para los mantenimientos correspondientes. Las hojas de vida deberán tener los soportes de los mantenimientos acorde a recomendaciones de fabricantes; dado que tiene equipos compartidos con el otro profesional inscrito en el mismo consultorio deberá presentar estos

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> 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					

documentos de manera individual preferiblemente o contrato o convenio de alquiler/ préstamo de los equipos compartidos.

*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. (Página 69)*

No presenta programa de capacitación en el uso de los equipos, por tanto, se indica presentar soporte correspondiente a la capacitación realizada al profesional, la cual podrá ser de las que realiza el proveedor externo contratado que realiza los mantenimientos y calibraciones. La frecuencia de estas capacitaciones deberá ser descritas documentalmente.

*4. La dotación de los servicios de salud está en concordancia con lo definido por el prestador en el estándar de procesos prioritarios. (Página 69)*

En los documentos presentados en el estándar de procesos prioritarios, no se define la dotación definida, por tanto, se indica que esta deberá estar incluida en los protocolos o procedimiento de atención definidos por el profesional de acuerdo con sus servicios.

#### 11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

*23. El consultorio odontológico cuenta con: 23.6. Instrumental básico definido por el prestador de acuerdo con la oferta del servicio (adultos o pediatría), la capacidad instalada, los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios y la técnica de esterilización y numero de ciclos de esterilización al día. (Página 82)*

En los documentos presentados en el estándar de procesos prioritarios, no se define la dotación definida, por tanto, se indica que esta deberá estar incluida en los protocolos o procedimiento de atención definidos por el profesional de acuerdo con sus servicios.



### ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS.

*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 (Página 71).*

El prestador cuenta con información documentada de dispositivos médicos en programa Dt. Dental, en inventario, tipo dispositivo médico donde se identifica que no ingresan la totalidad de estos y los datos no se alimentan en su totalidad. Se identifica que comparten EPI, se debe separar la dotación por profesional.

### ESTÁNDAR 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)*

	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					

Presenta programa de seguridad del paciente, con descripción de estrategias organizacionales, acciones interinstitucionales, herramientas organizacionales, lo anterior no es coherente con la implementación de la política nacional de seguridad del paciente por parte del profesional independiente, no describe metodología de análisis, describe definiciones, no la implementación.

Se indica que se deberá ajustar documento, que describa la implementación de la política nacional de seguridad del paciente desde el alcance del profesional independiente, con la metodología de análisis que aplicará en caso de análisis de eventos adversos.

*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: 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. 4.6. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique. 4.7. Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique. (Página 73)*



Presenta documentos individuales de la correcta identificación de pacientes, gestión adecuada de la comunicación entre las personas que atienden, protocolo de prevención de caídas, protocolo de prevención de infecciones, y sistema de reporte de eventos adversos. Sin embargo, los documentos presentados describen acciones de una institución en salud, que no se ajustan al alcance de un profesional independiente; no describe la adecuada comunicaron entre pacientes que incluya el enfoque diferencial, no describe metodología de análisis de eventos adversos.

Se indica que se deberá documentar cada una de las prácticas seguras tal como lo describe el criterio previamente descrito, lo cual deberá estar ajustado al profesional independiente. También se deberá incluir los documentos de las prácticas seguras que no se tienen documentadas que son garantizar la funcionalidad del consentimiento informado, gestionar adecuada comunicación entre los pacientes que incluya los diferentes enfoques diferenciales, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos y mejorar la seguridad de procedimientos quirúrgicos cuando aplique.

*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. (Página 73)*

Presenta manual de procedimientos, donde describen el objetivo, alcance, la responsabilidad (talento humano), materiales y equipos. No se establece el enfoque diferencial ni los medicamentos requeridos en cada procedimiento descrito. Presenta documento de tratamiento convencional de conductos, sin embargo, el profesional indica que no realiza procedimientos de endodoncia

Se indica que según el *criterio 6*, la información documentada deberá tener en su contenido, el objetivo, alcance, enfoque diferencia, el talento humano, los dispositivos médicos e insumos, los

 <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					

medicamentos, para cada procedimiento documentado por el profesional. Se deberá documentar los procedimientos realizados por él profesional, dado que deberá coincidir con lo evidenciado en la historia clínica, es decir, documentar los procedimientos de lo realizado actualmente por el prestador.

*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. (Página 74)*

*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. (Página 74)*

Presenta documento denominado manual de adopción de guías, el cual es una presentación impresa de cómo se realiza el proceso de adopción, pero no describe cómo realizó el proceso el profesional, no describe las patologías frecuentes que derivan a una búsqueda de información y el tamizaje para la selección y posterior aplicación de la metodología AGREE II. Posterior a esto, presenta aplicación de la matriz de AGREE II, para GPC del Ecuador y una de México.

Se indica que de acuerdo con lo establecido en el *criterio 9*, se deberá documentar el proceso que aplicó el profesional para la adopción de guías de Ecuador y México, describiendo las patologías frecuentes, la búsqueda de literatura, el tamizaje realizado para la selección de las GPC presentadas y la herramienta aplicada. Lo anterior, es el sustento teórico para la construcción de los procedimientos o protocolos de atención, basado en las recomendaciones de las GPC adoptadas por el profesional.



*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. (Página 74)*

Manual de limpieza y desinfección, describe funciones de una IPS, establece uso de hipoclorito de sodio y su respectiva dilución, así como también benzaldina y barrido a, ninguno de los anteriores se usa actualmente según lo manifiesta el profesional, presenta otro tipo de productos. También describe que se realiza desinfección de área de depósito de residuos hospitalarios. No establece frecuencia de la limpieza terminal. Cada área describe el uso de hipoclorito a 2.500ppm, con trapero, y el profesional utiliza mopa desechable. Así mismo describe en la limpieza u desinfección y esterilización, que el proceso lo realiza el personal asistencial, nuevamente con uso de benzaldina para unidad odontológica manguera de eyector, y uso de hipoclorito como desinfectante y sus fórmulas de preparación. Kit de derrames uso de hipoclorito. Se observa en la parte inferior de la unidad odontológica falta de mantenimiento dejando expuestos los cables, lo cual no permite ni garantiza procesos adecuados de limpieza y desinfección.

Se indica que de acuerdo con el *criterio 12: 12.2, 12.5 y 12.6*, el documento deberá contener lo realizado por el profesional en el consultorio, con los productos e indicaciones de uso de los productos que utiliza actualmente, lo que incluirá diluciones, tiempos, técnicas, elementos utilizados, que guarde coherencia con lo evidenciado y realizado.

*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*



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> 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					

**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. (Página 74)

Presenta manual de esterilización, en los pasos de recepción descontaminación del instrumental, describe que se recoge, luego se lava y luego se coloca y sumerge en jabón enzimático 10 a 15 min, sin embargo, el proceso debe primero sumergirse en jabón enzimático y luego lavarlo. En lavado y enjuague, describe proceso de instrumental quirúrgico no usado en odontología, e instrumental de polietileno goma y plástico, el cual tampoco se usa en odontología. En la lubricación describe la lubricación que se realiza es solamente para instrumental quirúrgico, lo cual tampoco se ajusta el servicio del profesional.

En el uso de los indicadores químicos y biológicos no describe el proceso solo la definición, tampoco indica como lo implementan ni la frecuencia de uso. Describe fechas de vencimiento de empaque de papel crepado, el cual no se usa por el profesional. Describe proceso de desinfección de alto nivel con glutaraldehído, proceso que no se realiza en el consultorio.



Se indica que conforme a lo descrito en el *criterio 13.1*, el documento deberá describir, el proceso de esterilización tal como lo realiza el profesional, lo que incluye los productos y tiempos de uso descritos por los fabricantes, y los elementos utilizados, lo que incluye el empaque, etiquetado, esterilización, secado, almacenamiento, y trazabilidad. Se indica que el indicador químico debe ser implementado dentro de un paquete por bandeja en la carga a realizar, esto, también deberá ser descrito en el documento, para el uso del indicador químico.

*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. (Página 74)*

*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: 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. 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. 16.3. Los profesionales independientes de salud realizarán el seguimiento a través del programa de tecnovigilancia. (Página 74 y 75)*

Presenta documento denominado Manual de uso y reúso, describe elementos a reusar los que incluye abrebocas y retractores, el prestador indica que no realiza esta reprocesamiento actualmente.

Se indica que el documento deberá ajustarse a No reúso que manifiesta el profesional, en caso de definir reúso, se deberá documentar la metodología o proceso que garantice el reúso de acuerdo con las indicaciones dadas por el fabricante, y se debería soportar la trazabilidad del

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> 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					

reprocesamiento de los dispositivos médicos de acuerdo con el número de uso autorizado hasta la disposición final.

*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.*

Presenta documento del proceso de atención a víctimas de violencia sexual, sin embargo, no se ajusta a la normativa vigente y al alcance del profesional independiente.

Se indica que el documento deberá ser actualizado describiendo las actividades que le competen al profesional independiente en relación con la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.

#### 11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

*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: 35.1. Procedimientos que se pueden realizar, incluyendo aquellos que requieran anestesia local y no impliquen anestesia regional ni general.*

*35.2. Información al paciente sobre: 35.2.1. Preparación. 35.2.2. Recomendaciones post procedimiento. 35.2.3. Controles. 35.2.4. Posibles complicaciones. (Página 83)*

No se evidencia documentación relacionada a procedimiento realizados con anestesia local por parte del profesional, por tanto, se deberá documentar esto acorde al alcance de los procedimientos que se realizan con anestesia local, la información al paciente sobre la preparación, las recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones.



### ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

*5. 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.*

Se observa historia clínica digital software Dt. Dental el cual se encuentra en implementación porque antes llevaba la historia clínica en Odisea y se encuentra en migración el documento de la historia clínica está desactualizado porque describe como se realiza la historia clínica en Odisea y no en Dt. Dental.

Histórica clínica cuenta con los componentes y contenidos mínimos, pero se observan espacios en blanco sin llenado como datos del acompañante y teléfono. Se indica que la historia clínica debe dar cumplimiento a lo descrito en el *criterio 5*.

*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*

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>				
	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					

*firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.*

El certificado no cuenta con la copia de la tarjeta profesional del ingeniero que lo certifica. Se indica que debe presentar el soporte que certifique que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada de acuerdo con lo descrito en el *criterio 10*.

El prestador debe realizar la autoevaluación de cumplimiento de cada uno de los estándares de habilitación para la prestación de sus servicios (revisando todos los servicios y luego el específico del servicio), cuando evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación debe abstenerse de registrar, ofertar y prestar los servicios de salud. Se hace claridad que no se realizó asistencia técnica en todos los estándares y criterios, siendo responsabilidad del prestador realizar la autoevaluación.

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.	Profesional independiente	A partir de la fecha de acta de reunión



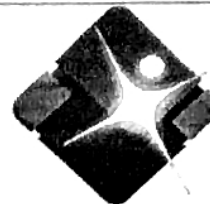


ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

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: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

COMPROMISOS\*

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Diana P. Gollot	dpgollot@saludcapital.gov.co	3123515000	SDS SCSSS	
2	Luz Iviana Gallego Silva	lvgallego@saludcapital.gov.co	3649090	SDS - SCSSS	
3	Andrés Menéndez B.	andres.menendezb@saludcapital.gov.co	3005671016	CR 23 # 124-70 OF 201 A.	
4	Lilibeth V. González A.	LVgonzalez@saludcapital.gov.co	3649090	SDS - SCSSS	
5	Ricardo Cacho Benza	rcacho@saludcapital.gov.co	3649090	SDS - SCSSS	
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) No ( )	NA

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