



 <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 PRESTADOR INDEPENDIENTE DIANA MARIA SARMIENTO GARAVITO CC 1013609576**

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

Objetivo:	Fecha: 04/05/2026			
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: CARRERA 24 F BIS NO 16A-24 SUR SEGUNDO PISO CON 1			
	Hora Inicio: <u>08:30 a.m.</u> Hora Fin: <u>11:30 a.m.</u>			
Notas por: Laura Viviana Gallego, Lilibeth Vanina González, Lizbeth Alexandra Campos, Rocio 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 piso 2 consultorio 1, 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>

 <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					

## OBSERVACIONES E INDICACIONES:

Nombre del prestador: DIANA MARIA SARMIENTO GARAVITO  
 Cédula De Ciudadanía: CC 1013609576  
 Dirección: CARRERA 24 F BIS NO 16A-24 SUR SEGUNDO PISO CON 1  
 Servicio: 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL

Se evidencia que se presta el servicio en el piso 2 unidad 1. Se indica realizar el ajuste de acuerdo con lo evidenciado en el REPS.

## ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA:

*Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud, no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente. Adicionalmente el prestador deberá presentar un plan de ajustes de las instalaciones eléctricas. (Página 44)*

Durante la visita de asistencia técnica, se evidencia que cuenta con certificado RETIE, sin embargo, no presenta plan de ajustes de las instalaciones eléctricas. Se indica que debe contar con este documento de acuerdo con lo descrito en el numeral 9.3.4.2. Visita de certificación, para las edificaciones construidas antes de 2005.



*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. (Página 63)*

La profesional presenta concepto sanitario SB18E 705551, emitido el 27/11/2025: Favorable con requerimientos. Se indica realizar solicitud para visita por medio de la página Negocios Saludables, Negocios Rentables ([autorregulacion.saludcapital.gov.co/autorregulacion#concepto](http://autorregulacion.saludcapital.gov.co/autorregulacion#concepto)) de manera que pueda presentar como evidencia el documento que incluya el número de radicado de esta, siempre que cuando reciba la visita de certificación no le hayan emitido el concepto sanitario 'favorable'.

*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. (Página 63)*

Se evidencia plano indicativo de rutas de evacuación, sin embargo, este plano no corresponde a la infraestructura presentada durante la asistencia técnica. Se indica actualizar plano de evacuación de manera que corresponda con la infraestructura actual, de igual manera de estar señalizada y descrita la ubicación del punto de encuentro conforme al *criterio 22*.

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

 <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					

Durante la asistencia técnica, se observa material particulado sobre superficies, lo cual no garantiza condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección. Se indica que de acuerdo con el *criterio 41* del estándar de infraestructura se deben garantizar estas condiciones en todas las áreas y superficies del consultorio.

*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. (Página 66)*

Se evidencia en los pisos dilataciones no selladas, lo cual no garantiza superficies continuas, lo cual dificulta procesos de limpieza y desinfección. Se indica realizar el sellado de las dilataciones expuestas en el consultorio de acuerdo con lo establecido en el *criterio 42*.

*43. Los cielo rasos o techos y paredes o muros deben ser impermeables, lavables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles y de superficie lisa y continua.*

Se evidencia que la superficie del techo cuenta con televisor, sin embargo, esta se encuentra desajustado con respecto al cielo raso. Se indica realizar ajuste en el cielo raso, donde se ubica el televisor de manera que se garantice la continuidad en la superficie del techo conforme a los descrito en el *criterio 43* del estándar de infraestructura.

*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 evidencia esquinas en las uniones entre tramos de media caña que no se encuentran selladas. Se indica realizar sellado de estas uniones de manera que se garantice la

**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.*

Debe documentar como garantiza la accesibilidad a la unidad

### **ESTANDAR DE DOTACION:**

*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.*

 <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					

**1.6. Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.**  
**(Página 68- Resolución 3100 de 2019)**

Presenta un listado de la relación de equipos, sin embargo, éstos no cuentan con los datos completos, y falta relacionar piezas de alta, además, relaciona equipos que no están vigentes actualmente. Se indica, que se deberá relacionar los equipos en uso actual, con los datos descritos previamente en el criterio 1 del estándar.

**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.**

**(Página 68- Resolución 3100 de 2019)**

No se evidencia el documento de mantenimiento del año 2026, el que se evidenció decía 2026 pero tenía fecha del 08 de septiembre del 2025. Se evidencia que las hojas de vida de los Equipos Biomédicos, pero no cuenta con la información mínima y se evidencian espacios en blanco.

Se indica que deberá documentar el programa de mantenimiento preventivo, donde se describa las frecuencias de mantenimientos de acuerdo con las indicaciones del fabricante, además de relacionar las calibraciones a quipos que los requieran, para lo cual deberán aportar el cronograma de mantenimientos correspondiente a la periodicidad establecida. Además, deberá presentar las hojas de vida de los equipos con los datos completos de identificación, y como soporte los mantenimientos de cada equipo y calibración según aplique.

**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- Resolución 3100 de 2019)**

Se indica que se deberá aportar capacitaciones en el uso o mantenimiento de equipos biomédicos odontológicos, las cuales podrán ser aportadas y socializadas a través de acta (técnico o Ing. biomédico que realiza mantenimiento de equipos) o certificado de capacitación.



**ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMO**

**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, no lo incluye**

**(Página 71- Resolución 3100 de 2019)**

Se observa registro de la relación de los dispositivos médicos, los cuales no incluyen la vida útil. Se indica que el registro deberá contener la vida útil de cada dispositivo médico.

 <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					

**4. El prestador de servicios de salud de salud cuenta con información documentada de los procesos**

*generales según aplique, para:*



- 4.1. Selección
  - 4.2. Adquisición
  - 4.3. Transporte
  - 4.4. Recepción
  - 4.5. Almacenamiento
  - 4.6. Conservación
  - 4.7. Control de fechas de vencimiento
  - 4.8. Control de cadena de frío, Manejo de contingencias con la cadena de frío.
  - 4.9. Distribución
  - 4.10. Dispensación
  - 4.11. Devolución
  - 4.12. Disposición final
  - 4.13. Seguimiento al uso de medicamentos, 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.
- (Página 71- Resolución 3100 de 2019)

Presenta documento del proceso general, el cual describe funciones que corresponden a una institución prestadora de servicios de salud, pero no describe las actividades realizadas por un profesional independiente. Se indica que el proceso deberá registrar las actividades realizadas por la profesional independiente, así mismo, se indica que el criterio 4.13, deberá documentarse de acuerdo con el seguimiento que realiza la profesional independiente, que incluye el seguimiento a través de los programas de tecnovigilancia y farmacovigilancia.

## **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.
  2. El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.
  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. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador.
- (Página 73- Resolución 3100 de 2019)

Presenta documento programa de seguridad del paciente, el cual describe actividades que corresponden a una Institución prestadora de servicios de salud (IPS), se describe la adopción de una política de seguridad del paciente del profesional independiente pero no presenta los formatos definidos por el ministerio para tal fin, como lo establece el documento. Se indica que el documento deberá establecer las actividades que el profesional independiente realizará para garantizar la implementación de la política de seguridad del paciente nacional en su consultorio, para lo cual podrá aportar los formatos definidos por el ministerio de salud y protección social, o describir documentalmente la adopción e implementación de dicha política en el consultorio del profesional independiente, dando cumplimiento a los criterios 1,2 y 3 previamente descritos.

 <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					

#### 4.El prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas

4.4. Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.

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

4.11. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, en los servicios donde aplique.

(Página 73- Resolución 3100 de 2019)

Presenta documento donde se describen las practicas seguras, sin embargo, no hay soporte documental de la práctica segura de como detectar, analizar y gestionar eventos adversos, cuenta con un documento denominado Procedimiento de reporte de evento adverso, sin embargo, no describe las actividades a realizar desde el alcance de un profesional independiente, que garanticen la implementación de esta práctica segura. Igualmente, no hay documento de la como la profesional mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, dado que realiza exodoncias simples. Se indica, que deberá presentar la totalidad de las practicas seguras descritas en el criterio 4 del estándar, de acuerdo con el alcance de un profesional independiente.

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- Resolución 3100 de 2019)

Presenta manual de bioseguridad, en el cual se describen acciones para manejo de la bioseguridad en el marco de la pandemia (COVID 19), con año de documento de 2022. Se indica que el documento deberá actualizarse a la realidad actual y al alcance del profesional independiente, describe actividades institucionales que no corresponde a la profesional independiente. También se indica que debe documentar el proceso realizado para la limpieza y desinfección del consultorio, con los productos y/o principios activos utilizados, con las técnica y procedimiento realizado. También deberá documentarse el manejo de derrames de sangre u otros fluidos corporales.

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.

(Página 74- Resolución 3100 de 2019)

No se cuenta con documento que describa el proceso de esterilización, se indica, que en este documento de deberá incluir todo el proceso realizado, los controles de calidad, formatos implementados, etiquetado y trazabilidad que se lleva a cabo en el consultorio de la profesional independiente. El uso de Glutaraldehído para la desinfección de alto nivel deberá documentarse en caso de realizarse, garantizando un adecuado reprocesamiento de los dispositivos médicos que se les realice este proceso, y deberá documentarse el control de calidad del producto, y su seguimiento, de acuerdo con las instrucciones o ficha técnica del fabricante para el uso del producto. El documento deberá contener los criterios descritos en el ítem 13 del estándar, previamente mencionados.

 <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					

*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.*

*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

*(Página 74- Resolución 3100 de 2019)*

Presenta documento de no reúso, pero la profesional reusa dispositivos médicos, y no hay evidencia de la trazabilidad del proceso de esterilización, o desinfección de alto nivel de estos dispositivos médicos. Se indica que se debe concretar si se realizara o no el reúso, y de realizarse, se debe aportar documento y las fichas técnicas de los dispositivos médicos donde indique el número de reusos permitidos, y se deberá describir la trazabilidad del reúso de acuerdo con la metodología que aplique la profesional, dando cumplimiento al criterio 16 previamente descrito.

*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.

*(Página 75- Resolución 3100 de 2019)*


Presenta documento de referencia de pacientes, pero no se establece la lista de chequeo tal como lo solicita y se describe el criterio previamente descrito. Se indica, que se deberá soportar en el documento puntualmente, desde el alcance del profesional independiente, la estabilización del paciente y las medidas del traslado, y el contenido de la lista de chequeo como lo describe el criterio previamente mencionado.

*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. (Página 75- Resolución 3100 de 2019)*

Presenta documento que describe actividades que no corresponden al profesional independiente, se indica que el documento deberá contener los pasos que le aplican a un profesional independiente para la atención a víctimas de violencia sexual y su corresponde remisión al servicio de urgencia, para su atención.

#### **Resolución 465 de 2025 / ARTÍCULO 4**

*-Los profesionales de salud independientes cuando deban garantizar la accesibilidad a la prestación de los servicios de salud implementarán medidas y estrategias, las cuales deberán estar documentadas en el estándar de procesos prioritarios de los servicios que habiliten, de acuerdo*

 <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					

*con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1346 de 2009, la Ley 1618 de 2013 y la Resolución 1904 de 2017, en relación con los apoyos y ajustes razonables.*

El consultorio queda ubicado en el segundo piso, donde el único acceso es a través de escaleras, de indica que de acuerdo con la resolución previamente descrita en el artículo 4, se debe presentar dentro del estándar de procesos prioritarios, el documento que describa el proceso de remisión a pacientes con movilidad reducida, dando garantía que el profesional garantiza esta accesibilidad a los servicios de salud.

### **ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS.**

*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. (Página 77- Resolución 3100 de 2019)*

*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. (Página 77- Resolución 3100 de 2019)*

Presenta documento que describe las actividades de un archivo físico de una IPS, por tanto, no se ajusta a lo realizado por la profesional, dado que el registro de la historia clínica se lleva a través de software denominado Gestión Odontológica. Se indica, que el documento deberá describir el manejo de la historia clínica como se lleva actualmente, es decir a través de los medios electrónicos, y de acuerdo con la normatividad vigente.



*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. (Página 77- Resolución 3100 de 2019).*

No presenta documento firmado por ingeniero de sistemas, de indica que se deberá presentar dicho certificado dando cumplimiento al criterio previamente descrito.

*11. Cuenta con los siguientes registros, cuando los prestadores de servicios de salud realicen el proceso de esterilización dentro del servicio y fuera de centrales de esterilización: 11.1. Actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reuso de dispositivos médicos acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reusos por cada dispositivo esterilizado. 11.2. Registro de cargas. 11.3. Resultados del control de calidad. 11.4. Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan. 11.5. Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización (Página 78- Resolución 3100 de 2019).*

*Presenta trazabilidad de historia clínica en formato donde pone la cinta testigo con el etiquetado de cada paquete. No se evidencia la trazabilidad contra historia clínica. Se indica que se debe*



 <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					

*garantizar los registros de la trazabilidad en la historia clínica por cada paciente atendido, de acuerdo con el etiquetado realizado, lo cual incluye el reuso de os dispositivos médicos en caso de realizarse.*

#### **Resolución 465 de 2025 / ARTÍCULO 4**

*-Los prestadores de servicios de salud que instalen cámaras de videovigilancia al interior de las áreas o ambientes donde se presten servicios de salud, para grabar la realización de procedimientos en salud, deben contar con un documento escrito en el que se evidencie la autorización de la grabación, el cual deberá ser firmado por los pacientes o sus representantes y por el talento humano en salud responsable del procedimiento.*

*Este documento hará parte de la historia clínica. El documento y la grabación del procedimiento deben cumplir las normas que regulan el tratamiento de datos personales, habeas data, conforme a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1266 de 2008 y las demás disposiciones relacionadas con el manejo de la información personal.*

Actualmente la profesional no cuenta con un documento escrito en el que se evidencie la autorización de la grabación, se indica que deberá soportar dicho documento, el cual deberá ser firmado por los pacientes o sus representantes y por el talento humano en salud responsable del procedimiento, dado que las cámaras instaladas, dan directamente a la unidad odontológica, se deberá dar cumplimiento al criterio de la resolución previamente descrita.



